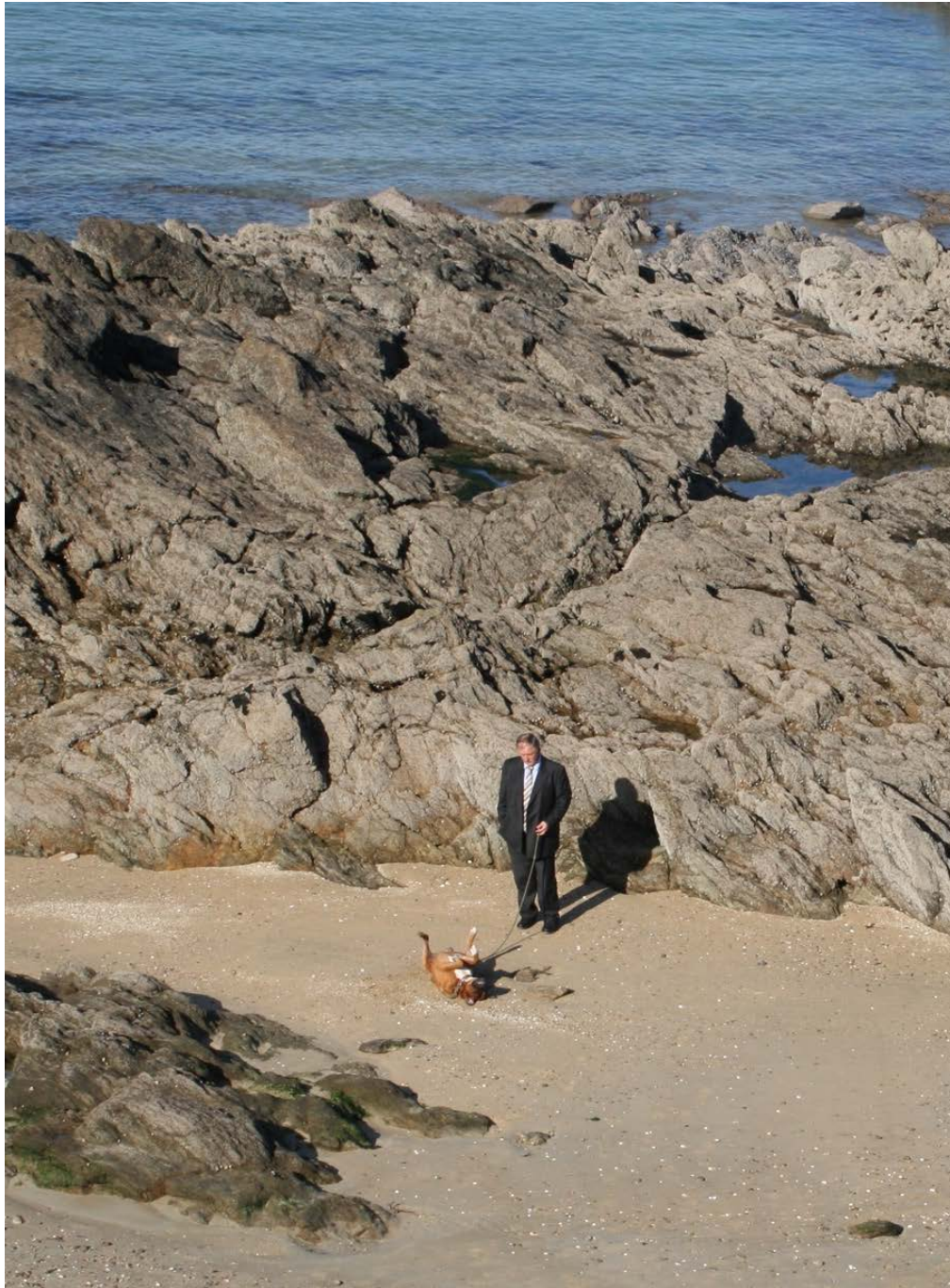




Ixelles, 10 mars 2022

Newsletter 2022 **1**



Pulsion et destin des pulsions

Évoquer l'Ukraine

Impossible de ne pas évoquer l'Ukraine.

Le viol de ce pays et la violation universelle qu'il représente, s'inscrivent dans un retour exacerbé des nationalismes et des droites extrêmes qui – fait significatif - répriment de plus en plus, à travers le monde, la liberté des femmes - droit à l'avortement - et s'en prennent rageusement à la mouvance LGBT. Poutine le premier. La revendication virile d'autocrates mâles vieillissants accompagne médiatiquement la violence politique. Parmi ces ombres, Poutine apparaît comme le mieux botoxé.

Cette parodie phallique serait simplement pathétique si elle n'engrangeait la mort, la haine, la destruction - celle des corps et celle de la démocratie - là où il faudrait réunir forces et renoncements, pour conjurer le destin climatique et les misères à venir. Sans tomber dans les poncifs, l'anthropologie psychanalytique peut-elle aider à déchiffrer ces dérives meurtrières ? Peut-être oui.

D'un point de vue géopolitique, les conséquences de l'écroulement de l'URSS (1991), aux plans économique et identitaire, n'ont pas été prises en compte. Ni par l'Union Européenne, ni par l'OTAN. Le peuple russe venait de perdre un empire et avec lui les marques de son identité et les conditions de sa sécurité. Pour l'idéologie ambiante, l'intégration dans un grand marché devait suffire à panser les plaies. Or, elles étaient profondes, et il n'est meilleur terreau pour la rhétorique xénophobe que celui où viennent se mêler fragilité identitaire et précarité économique. L'instillation de la peur, l'anesthésie de la pensée, appellent des boucs émissaires : c'est le terrain de jeu des tyrans et des nationalismes.

Sur une autre scène, historique et morale, la révolution démocratique - *Liberté, Égalité, Solidarité* - avait porté ses fruits en occultant ses failles. Car ce fut - et ce demeure - la paresse de la démocratie, de n'arriver souvent à penser l'égalité qu'au prix de la négation des différences, au fil de leur réduction à la grisaille du «*même*». Cette violence n'est pas moindre que celle qui voit dans les différences les causes «*naturelles*» des inégalités. Elle culmine aujourd'hui dans la «*cancel culture*» - un parfait oxymore - alors que le véritable enjeu consiste à reconnaître les différences dans leur spécificité, sans les réduire à de l'*inégal* ou à de l'*identique*. Dans l'exercice de sa fonction, un(e) juge, par exemple, se trouve dans un rapport de dissymétrie radicale avec un justiciable, lequel n'en reste pas moins, en tant que citoyen, son égal.

Un cran plus loin, le capitalisme financier mondialisé dérégulé et son fer de lance - *l'idéologie managériale* - imposent leur empire. Leur philosophie se résume en trois mots : *"Tout et tout de suite", "Prédation sans frontière", "Après moi le déluge"*. En ce registre, la question de l'autre et du semblable ne se pose plus qu'en termes simplifiés de rivalité et concurrence : *"Que le «meilleur» gagne"*. La force de cette idéologie est telle que, bien qu'œuvrant au seul profit des dividendes, elle a réussi à imposer son managérisme aux activités non-marchandes et à infiltrer profondément le Service Public — une façon discrètement efficace de mettre au pas la «*concurrence déloyale*». Dans ce cadre délétère, le vocabulaire idéologique n'est pas de reste : en un tour de main, les *patients* sont devenus des «*clients*» chargés d'assurer, via les «*prestataires*», la rentabilité de l'hôpital — «*une entreprise comme une autre*».

C'est ici qu'intervient la psychanalyse. En effet, le "tout et tout de suite" des actionnaires et du capitalisme financier mondialisé dérégulé, ressemble fort au régime de satisfaction des pulsions — plus précisément, à l'emprise d'une pulsion sexuelle de mort - déliaison - s'attaquant à l'ensemble du lien social. Dès 1929, dans *Malaise dans la Culture*, Freud avait pointé l'inconciliable tension entre pulsion et civilisation. Plus radicalement, il apparaît que si le fragile animal humain ne puise son *désir de vivre* qu'au vivier impérieux des pulsions, les précaires sociétés humaines ne peuvent assurer leur *survie* que dans l'échange et la réciprocité. Dans cette perspective, si l'équilibre humain s'avère par définition instable, le néolibéralisme mine le sol sous ses pas.

L'instauration d'un modèle «viril» tout en rivalité, et qui laisse le champ libre aux pulsions, ne peut mener qu'à l'extinction de l'espèce humaine. En Amazonie, la politique prédatrice de Bolsonaro ressemble déjà à un laboratoire de destruction de l'avenir. Paradoxalement, la violence mortifère néolibérale converge avec la paresse démocratique lorsque - confondant l'égal avec le même - elle n'offre aucune issue paisible à l'altérité. Faut-il pour autant désespérer ? Évidemment non. Car s'attaquer aux droits des femmes, harceler les minorités sexuelles, mener une guerre médiévale contre des vassaux récalcitrants, ressemble fort aux convulsions rageuses d'un machisme désespéré. En réalité, si Poutine n'a d'autre dessein que le goût du pouvoir, le sort de la guerre dépend peut-être du contre-pouvoir des mères russes. L'Ukraine a déjà témoigné de ce que la fiction peut rejoindre la réalité.¹

Si la démocratie reste un chantier chaotique, c'est loin d'être un champ de ruines. On lui doit de belles réalisations, survenues comme fleurs sauvages à l'insu du jardin. Prisonnier de ses plates-bandes, le jardinier se sent soudain bousculé par un bouleversement anthropologique qu'il n'avait pas vu venir — car le glyphosate n'a pas suffi. Le jardinier regrette le beau jour de sa naissance où sa mère n'avait pas le droit de vote. Mais il est trop tard. Une révolution sans précédent dans l'histoire de l'humanité vient d'éclorre sans avoir l'air d'y toucher. En fait, les «mauvaises herbes» ont déjà tout envahi. Le jardinier voudrait se réfugier dans une prison pour hommes, mais elles sont surpeuplées. Criante inégalité : sur l'ensemble des détenus de France, il y a moins de 4% de femmes ! Exilé dans ses rêves pour échapper à son cauchemar, le jardinier imagine une île lointaine où retrouver ses amis : Cakzyński, Orban, Poutine, Trump, Bolsonaro ... De bons compagnons. Mais trop tard ! La junte féminine au pouvoir a déjà suspendu les vols inutiles.

F M



¹ *Sauwga Narody*», «Serviteur du Peuple» : la série humoristique politique dont Volodymyr Zelenski était le héros, et qui l'a mené à la présidence de l'Ukraine : <https://www.arte.tv/.../104351.../serviteur-du-peuple-1-23/> et <https://www.huffingtonpost.fr/.../serviteur-du-peuple...>

Sommaire

- p 2 *Évoquer l'Ukraine*
- p 4 *Sommaire*
- p 5 *Avant-propos*
- p 6 *Santé mentale, santé sociale*
- p 18 *Management et qualité*
- p 19 *Mai 68*
- p 20 *Les lacunes du ministre*
- p 21 *En guise de réponse au ministre*
- p 30 *À propos du DPI*
- p 32 *Comité de vigilance pour la santé mentale*
- p 44 *Réponse à la Commission des Psychologues*
- p 47 *Chienne de vie*



Santé mentale, santé sociale

Chèr(e)s Collègues, Chèr(e)s Ami(e)s,

comme vous l'avez appris par divers courriels, nous examinons actuellement avec notre avocat, Maître Letellier, les divers recours possibles contre la Convention Inami concernant les Psychologues de Première Ligne, au niveau de la mise en danger du secret professionnel et de la confidentialité indispensables à la protection de nos patients et de nos pratiques. D'ores et déjà un recours a été porté au Conseil d'État, conjointement par l'APPPsy, l'UPPsy-BuPsy, AppelPsy, et Klipsy.

Nous examinons également, dans le même registre, les implications possibles des Arrêtés d'Exécution de la dite «Loi Qualité». D'ores et déjà, il apparaît que diverses dispositions entrent en conflit avec le Code de Déontologie des Psychologues.

La raison de cette dérive n'est pas à chercher très loin : dans l'urgence, le SPF-Santé – mal conseillé, manipulé, refusant de recevoir ceux dont les avis divergent – entend légiférer en matière de santé mentale sans s'être jamais interrogé sur la nature et la spécificité de ce champ. Or, il y est question de souffrances plutôt que de maladies : d'un contexte où problématiques individuelles et collectives apparaissent indissociables, et où le sentiment de honte et d'échec empêche souvent de venir consulter. On comprend que le saccage en cours du secret professionnel ne facilite pas les choses.

Surpris de ce que la pandémie puisse rendre les gens malheureux, le cabinet Vandembroucke a certainement souci de bien faire. Malheureusement, sans attendre la question, il apporte la réponse — manifestement soufflée par des «cliniciens» peu avertis de ce qu'on ne peut réduire le champ de la santé – encore moins mentale - au domaine médical. Les modalités pratiques sont sous-traitées par l'INAMI. Les finances par les hôpitaux. Le corporatisme basique de certains psychologues est cher payé.

Vous trouverez, dans les textes qui suivent, l'amorce d'une réflexion préliminaire à toute recommandation précises pour organiser, en respectant sa spécificité, le champ des pratiques en santé mentale. Un texte de travail plus court et plus actualisé suivra. Néanmoins, il est juste de laisser aussi la place à d'autres points de vue. Lorsque, j'ai attiré l'attention, dès la promulgation de la loi De Block, sur les risques en matière de secret professionnel inhérents au système mis en œuvre, l'administrateur délégué de la VVKP – lobbyiste salarié pour ce faire – a émis une objection dans les deux langues nationales sur le site de la BFP-FBP : «Francis Martens ment. Qui plus est, il ment délibérément.» J'avoue avoir été ébranlé.

Francis Martens



Santé mentale, santé sociale

Y a-t-il un gène du chômage ?

Francis Martens, 2010

*Je mets beaucoup d'ordre dans mes idées.
Ça ne va pas tout seul. Il y a des idées qui
ne supportent pas l'ordre et qui préfèrent
crever. À la fin, j'ai beaucoup d'ordre et
presque plus d'idées*

Norge, 1969

Y a-t-il un gène du chômage ou du déclin de la fonction parentale ? Citoyens de l'Union Européenne et assimilés, psychiatres et praticiens de la santé mentale, dans quelle pièce jouons-nous ? S'agit-il de maintenir l'ordre ou de répondre à la souffrance ? Celle-ci est-elle le fruit de dysfonctionnements neuronaux, hormonaux, génétiques ? Ou l'éventualité de ces derniers s'inscrit-elle dans le panorama plus vaste de la « maladie humaine » ? Celle dont les Wolofs (Sénégal) disent qu'elle n'a précisément d'autre remède que l'homme ? Assaillis par l'urgence professionnelle, il nous reste d'ordinaire peu de temps pour situer la logique de nos actes dans l'ensemble sociétal où ils s'inscrivent. On sait pourtant que le déploiement concret de telle maladie dégénérative, aux paramètres somatiques parfaitement repérés, dépend largement du contexte relationnel où elle s'inscrit. La psychiatrie, par définition, déborde du champ de la neurologie, les praticiens de la santé mentale échappent, pour l'essentiel, aux normes du techno-médical. Leur efficacité s'évalue selon d'autres critères, difficiles à quantifier et inséparables de la réalité collective. Le concept de santé, c'est clair, est non pas sans rapport, mais foncièrement hétérogène à celui de normalité. En quoi, dès lors, collaborons-nous à l'aliénation collective (par exemple, en lissant les conflits) ? Ou en quoi restons-nous garants de la santé au plein sens du terme ? La réponse n'est pas simple et il importe qu'elle ne devienne pas « le malheur de la question » (Blanchot). Il semble peu risqué, en tout cas, d'affirmer que, pour ne pas écraser le questionnement, il nous faut camper sur trois positions simultanément.

Tout d'abord, une position éthique : praticiens de la santé mentale mais tout autant citoyens, il importe que nous répercutions vers le politique ce que le côtoiement de la souffrance individuelle nous apprend de la misère collective. Position historique ensuite : de quel fil du temps sont issues nos pratiques ? « Je ne sais où je vais si je ne sais d'où je viens » (Gramsci), et ne puis le savoir qu'en mettant mes pas dans la trace de quelques arpenteurs (Foucault et Gauchet, par exemple). Que s'est-il passé notamment pour qu'une société – la nôtre – en arrive à infantiliser ses citoyens au point de voir les adultes massivement identifiés à des enfants sexuellement abusés ? Il s'agit enfin de maintenir ferme le positionnement scientifico-clinique propre à notre champ. Hétérogène au registre techno-médical mais en constante interaction avec lui, il importe d'y marquer autant les nécessaires complémentarités que les irréductibles différences. En effet, là où la vie de l'homme se voit sauvée au prix de la réduction passagère du sujet à ses organes, il n'y a plus temps ni place pour l'« art de guérir ». En matière de santé mentale par contre, le regard clinique ne peut se réduire à l'imagerie médicale : la personne du praticien reste indissociable de son savoir-faire. Encore une raison qui rend impossible l'évaluation de nos pratiques à partir de « cohortes » à usage statistique.

Néolibéralisme, destruction du tissu social, santé mentale

À partir de ce qui précède s'ouvrent de multiples pistes. Je ne peux pointer ici que quelques balises. Ainsi de la valeur éminemment symbolique du thème de l'enfant maltraité et du harcèlement sexuel. Ou encore, de l'effet harcelant d'une rhétorique scientifique confondue avec la démarche de la science — ces deux figures s'inscrivant elles-mêmes sur fond du dévoiement de la fonction thérapeutique en rapport marchand : régulé par l'offre et la demande, entre des consommateurs de soins et des prestataires de services, hantés par le spectre de la non-rentabilité voire de la faillite (en France, une institution hospitalière peut être cotée en bourse). Dans le contexte néolibéral européen, illustré par la « directive Bolkestein » sur la libre circulation des activités de service, on pourrait imaginer d'importer des personnels infirmiers psychiatriques slovaques, rémunérés selon leurs barèmes nationaux, pour soigner à moindre coût des ouvriers de la région de Charleroi (Belgique) rendus eux-mêmes dépressifs par divers avatars liés aux délocalisations. Dans ce contexte, peu soucieux d'évaluer les dégâts « collatéraux » liés aux fermetures d'entreprises (existences brisées), le salaire n'est rien d'autre qu'une dépense techniquement compressible. « Délocaliser », à ce niveau, n'est jamais qu'attirer à terme de nouveaux capitaux vers la « maison mère », laquelle les réinvestira éventuellement dans quelques emplois. Le slogan qui voudrait que « les délocalisations d'aujourd'hui [soient] les emplois de demain » fait l'impasse sur la destruction actuelle de l'univers du travail ainsi que sur les pathologies et misères qui s'ensuivent. Au sein de l'univers hospitalier, le temps requis par l'« acte intellectuel » (l'écoute patiente du jeune suicidaire reçu en urgence) fait partie des dépenses aisément modulables. D'un point de vue comptable, il gagnerait à être remplacé par un questionnaire d'évaluation standard : administrable par tout professionnel, quelles que soient sa langue et sa formation, débouchant sur un indice chiffré de risque de récurrence, de même que sur un code précisant le type d'intervention nécessaire, sa durée, et les bénéfices escomptés par l'institution. Au vu des barèmes de rémunération des psychiatres, il est clair que leur gratitude et leur réalisme institutionnel devraient leur faire désertier les séances de psychothérapie dévoreuses de temps, au profit de tout acte technique rapide, aisément déléguable, et bien remboursé (par exemple, les « potentiels évoqués »).

Ceci est à peine sarcastique. La logique néolibérale est, par définition, étrangère aux valeurs de solidarité et au soutien du service public (ce qui n'empêche évidemment pas les grands rituels caritatifs, ni l'exercice occasionnel de la solidarité à titre individuel). Au regard de la rationalité néolibérale, le « marché » est censé s'autoréguler pour le plus grand bien in fine du plus grand nombre : c'est la version contemporaine, idéologiquement clean, des « lendemains qui chantent ». En voix off, ce qu'on entend ressemble plutôt à « après moi, le déluge »... Plus grands pollueurs du monde, les États-Unis (sous Bush), se refusent à signer le protocole de Kyoto : on ne peut scier la branche électorale sur laquelle on est assis (In God we trust), dût une bonne part du Bangladesh, du Bénin et des Pays-Bas, se voir un jour engloutie. Dans la logique qui se déploie en termes d'ouverture du marché, de libre concurrence, de flexibilité, d'accroissement de la compétitivité par « délocalisation », « rationalisation », « dégraissage », un paramètre non pertinent est bien celui de destruction du tissu social — quelles que soient ses conséquences sur l'identité, les relations humaines, l'estime de soi, l'insécurité psychique, et le cortège de maux somatiques et psychopathologiques qui s'ensuivent. En matière de santé mentale par contre, il n'est de perspective cohérente qui ne s'attache à penser les relations entre l'« économie psychique » (Freud) et l'économie tout court. Dès qu'on quitte le domaine de l'anomalie génétique ou de l'atteinte lésionnelle, les tableaux psychopathologiques fluctuent au gré des variations socioculturelles, même si quelques figures constantes (psychose, névrose, perversion, addiction,

somatisation) témoignent des tensions inhérentes à la condition humaine en tant que telle. Dans un article lumineux², Marcel Gauchet a montré combien les formes les plus contemporaines du mal-être psychique, de même que l'éclatement actuel des nosographies, épousaient les mutations civilisationnelles. Dans un ouvrage de référence³, Christophe Dejours souligne comment, pour survivre dans un univers professionnel déshumanisé, la moindre parade n'est pas le déni de la souffrance de l'autre (puis de la sienne propre), avec les ravages qui s'ensuivent sur le plan individuel (clivage psychique) comme sur le plan collectif (érosion des solidarités). Flanquée du récit de notre collègue François Emmanuel⁴, du film de Ken Loach,⁵ et de celui de Jean-Marc Moutout⁶, Souffrance en France dessine comme un quadriptyque de la misère ordinaire dans le monde du travail et alentour.

Un outil diagnostique dispensant du trouble de penser

Confrontée à la réalité socioclinique, la pratique psychomédicale ne dépasse pas le niveau des soins palliatifs si elle s'interdit d'en scruter les tenants et aboutissants. Avec un peu de chance, les patients se débrouillent mais éthiquement autant qu'intellectuellement, c'est un peu court. C'est pourtant à ce suspens de la pensée que le postmodernisme néolibéral invite, via la nouvelle bible à usage des psychiatres et assimilés. Au sein du DSM IV⁷, on le sait, il n'y a plus de place pour la psychopathologie — c'est-à-dire pour une interrogation sur le sens et les chemins de la souffrance psychique. Le lexique mis au point par la task force de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) serait légitime s'il ne s'agissait que de codes renvoyant à des schémas cliniques simplifiés, aux fins de permettre une meilleure communication entre psychiatres du monde entier. Mais, en réalité, au fil de ses diverses éditions, le manuel — pratiquement imposé à la communauté psychiatrique⁸ internationale — n'a cessé de démanteler les diverses logiques nosographiques, pour les réduire à un catalogue hétéroclite de « troubles » (disorders) et de « problèmes ». En l'absence de principe de classification, le critère d'inclusion dans la liste ne réside plus que dans un commun rapport au désordre. Mais de quel ordre s'agit-il ? Qui juge des limites du tolérable et de l'intolérable ? Gardons la question, en refusant d'être dupe de l'argument de vente présentant le DSM IV comme a-théorique. L'a-théorisme affiché, tout comme l'apolitisme déclaré, n'est habituellement qu'une façon de rendre indiscutables des systèmes de valeurs implicites, à la fois frustes et brutaux. Dans le cas du DSM, il s'agit surtout de faire entrer l'insaisissable psychiatrie dans le giron de l'ordre techno-médical⁹ — ceci sans la moindre rigueur scientifique. Les codes du DSM, en effet, ne reposent que sur des débris nosographiques, étayés sur le consensus de quelques praticiens à propos de ce qui fait désordre et des moyens d'y remédier. Purement pragmatique, chaque classification peut varier d'un moment à l'autre. Ainsi, par souci d'a-

² M. Gauchet, « Essai de psychologie contemporaine (I. Un nouvel âge de la personnalité ; II. L'inconscient en redéfinition) », *Le Débat*, n^{os} 99-100, Paris, 1998.

³ C. Dejours, *Souffrance en France*, Paris, Seuil, 1998. Psychosomaticien, psychiatre, psychanalyste, Christophe Dejours est également directeur d'un laboratoire d'étude du travail et de l'action, dans le cadre du CNAM (Conservatoire national des arts et métiers) Paris.

⁴ Médecin-directeur du Club Antonin Artaud. Écrite sur le mode tout en tension d'un polar, *La question humaine* (Paris, Stock, 2000) nous entraîne au fil de la dérive d'un cadre supérieur confronté à l'objectivation ordinaire d'autrui au sein de l'entreprise et plus en amont.

⁵ Royaume-Uni, 2001. Ce long-métrage traite des conséquences destructrices — psychiques, physiques, sociales, culturelles, relationnelles — de la privatisation des chemins de fer britanniques.

⁶ France, 2004. Il y est question de la destructivité feutrée et généralisée à l'œuvre au sein des audits préparant les « rationalisations ».

⁷ DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

⁸ Pour bonne part, sous la pression des organismes d'assurance et des firmes pharmaceutiques.

⁹ Voir, par exemple, l'avant-propos à l'édition française (Paris, Masson, 1996) du *Mini DSM-IV* : « Il n'y a pas de "distinction fondamentale" à établir entre troubles mentaux et affections médicales générales. »

théorisme, la catégorie des perversions a disparu, remplacée par celle des « paraphilies ». Mais si l'homosexualité n'en fait plus partie, ce n'est pas par choix philosophique ni par rationalité clinique : simplement, le lobby gay a fait le siège de l'APA suffisamment longtemps pour la faire céder. De même, ce sont les puissantes associations américaines d'anciens combattants qui ont réussi à imposer le populaire PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) aux fins de remboursement par les organismes d'assurance. Dès lors, si le domaine des paraphilies est en principe a-théorique, il reste à s'interroger sur ce qui fait concrètement « désordre » en matière de sexualité... Quels sont, autrement dit, les critères de classement des conduites en « comme il faut » et en « à côté (para) de là où il faudrait » ? En matière de nosographie psychiatrique, l'absence de repères psychopathologiques équivaut à remplacer les exigences de la science par celles de l'opinion. Ceci est d'autant plus préoccupant que, dans nombre d'universités, le DSM IV s'est substitué aux ouvrages de psychopathologie. Si le manuel reste utile en tant que pense-bête pour praticiens bien formés par ailleurs, pour les autres, il procède d'un vaste courant d'analphabétisation : inscris tes codes et tais-toi !

Une réalité socio-clinique qui insiste

Face à cette désertification intellectuelle, il est bon de cartographier les aspérités ordinaires du terrain. Commençons par quelques réalités sociocliniques diffuses (liste bien sûr non exhaustive) :

- augmentation, dans les crèches, de la violence entre enfants ;*
- panique du personnel, toujours dans les crèches, face au regard qu'on pourrait porter sur les connotations sexuelles de leur rapport aux enfants ;*
- désespoir, un peu plus loin, des professeurs de mathématiques, voués à enseigner une matière qui demande effort et concentration, sans moyens ni soutien pour faire travailler les élèves, incapables de les « séduire » pour obtenir le droit d'enseigner, mais néanmoins obligés de les faire réussir quoi qu'il en soit ;*
- hors de l'école, instabilité générale des relations conjugales et dès lors parentales ;*
- malaise des adolescents, accrochés à la barque familiale, repliés à quelques-uns munis de pop-corn, dans le cocooning-télé-internet ;*
- 20 à 30% des enfants seraient promis, dans les années qui viennent, à l'obésité ;*
- baisse générale de la civilité ;*
- mise à mal progressive de l'orthographe et de la syntaxe, chez les enseignants y compris.*

On peut voir, dans cet appauvrissement, comme un indice du défaut de transmission des normes de la vie collective, où Marcel Gauchet¹⁰ reconnaît le trait déterminant de notre époque. Du côté psychopathologique, on assiste à un vacillement des identités tout autant qu'à un émiettement des références nosographiques traditionnelles, au profit d'états beaucoup plus flous : flambées délirantes isolées, addictions diverses, somatisations vagues, vécus dépressifs récurrents, états-limites fluctuants. Occasion de rappeler que, privés comme ils sont du secours de l'instinct, les « animaux malades » (Unamuno) voient leur comportement modelé par les normes sociales, et leur identité suspendue au dessus d'un vide dont ne les protège que le mince tissage de la culture. Qui s'intéresse à la santé doit tenir compte de ce que, pour faire un humain, trois transmissions sont nécessaires : une génétique, une généalogique culturelle, et une généalogique transgénérationnelle — celle-là même où, d'adulte à enfant, de psychisme constitué à psychisme in statu nascendi, se transmettent les péripéties du désir. Si cliniquement, il est clair que personne

¹⁰ Voir l'article cité et aussi M. Gauchet, *La condition historique*, Paris, Stock, 2003.

ne peut intervenir à la fois à ces trois niveaux, intellectuellement il importe de n'en occulter aucun. Bien qu'il ne faille pas les confondre, il n'y a aucune solution de continuité entre l'économie politique et l'économie psychique. En matière de santé mentale, le « fétichisme de la marchandise » selon Marx (et son corrélat de chosification des rapports humains) n'est pas un concept moins pertinent que celui de double bind chez Bateson.

Face à cette complexité, essayons pour l'heure de nous orienter au ras des statistiques, en faisant appel aux données épidémiologiques les plus proches :

- en 2004, 11% des Belges disent avoir souffert d'un trouble mental au cours de l'année écoulée¹¹ ;*
- 75% d'entre eux ont eu recours, dans l'année, à un traitement quelconque pour raisons émotionnelles ;*
- 33% d'entre eux, à l'occasion d'un trouble mental, n'ont bénéficié que d'un traitement médicamenteux (53% s'il s'agit d'alcoolisme) ;*
- le nombre d'invalides reconnus par l'INAMI¹² pour cause de trouble mental a augmenté de 20% en 4 ans (60 608 personnes en 2002) ;*
- en France, dans le domaine psychiatrique, les hospitalisations sous contrainte ont augmenté de 86% en 10 ans ;*
- toujours en France, entre 1997 et 1999, dans la tranche d'âge des 15-19 ans, les tentatives de suicide sont passées de 3,7% à 4,3% : 61% de ces jeunes suicidaires font état de tensions familiales. En 1993, une recherche de l'INSERM¹³ portant sur 12 000 élèves du second degré révèle que 5% des garçons et 8% des filles ont fait au moins une tentative de suicide dans leur vie. Le suicide reste la deuxième cause de mortalité chez les adolescents. De 1975 à 1985, le taux général de suicide a augmenté de 38% ;*
- en France encore, une enquête menée de 1999 à 2003, concernant cette fois les plus de 18 ans, nous apprend, sur base d'un échantillon de 36 000 personnes, que 11% des sondés ont connu un épisode dépressif dans les quinze jours qui précèdent leur réponse à ladite enquête, que 0,7% ont fait une tentative de suicide au cours du mois précédent, que 7,8% en ont fait une dans leur vie (6,4% d'hommes, 9,1% de femmes) et que 18% souffrent d'anxiété généralisée depuis les six derniers mois.*

Pour la doxa psychiatrique, dans 15% des cas la dépression sévère peut mener au suicide. En outre, la comorbidité est sévère : 7 maladies au cours des trois mois précédant l'enquête, selon une étude de l'IRDES¹⁴ (1996). Une analyse prévisionnelle américaine, reprise par l'OMS, estime que la dépression constituera la deuxième cause d'invalidité au monde après les maladies cardiovasculaires, dès l'an 2020¹⁵. Dans l'enquête épidémiologique française, l'état dépressif s'avère plus fréquent dans la population féminine. Enfin et surtout, tant pour les hommes que pour les femmes, il est corrélé en premier lieu avec la solitude (divorce, veuvage, célibat), en second avec le chômage. Ces résultats soulignent statistiquement ce que cliniquement nous savons depuis toujours : l'étroit rapport entre santé mentale et santé sociale, notamment dans le cadre de la dépression. Scientifiquement, cela n'exclut nullement qu'on puisse identifier quelque gène rendant plus vulnérable aux situations de stress et qui favoriserait dès lors le glissement dans la

¹¹ Revue médicale de Liège, 2004.

¹² INAMI (Belgique) : Institut national de l'assurance maladie-invalidité.

¹³ INSERM (France) : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

¹⁴ IRDES (France) : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (jadis CREDES)

¹⁵ J. R. Davidson, S. E. Meltzer-Brody, «The under-recognition and under-treatment of depression : what is the breadth and the depth of the problem ? », *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60, suppl. 7.

maladie. Dans une telle occurrence, il serait néanmoins abusif de parler de « gène de la dépression ». De même, le terme « antidépresseur », bien que popularisé par l'usage, ne devrait jamais s'écrire sans guillemets. En effet, s'il est clair que rien de ce qui se passe en nous – et rien de ce qui se pense en nous – ne peut faire l'économie d'une série de conditions nécessaires (avoir la tête sur les épaules, vivre en bonne intelligence avec ses neurotransmetteurs, etc.), aucune molécule taquinant la sérotonine et favorisant la sortie de l'état dépressif ne peut prétendre avoir touché la cause de celui-ci, encore moins sa raison¹⁶. Plus banalement, lorsque « je me fais mal », la douleur consécutive à l'écorchure de la main peut m'affoler et contre le même mur me conduire à la faire écorcher derechef. Dès lors, en tout état de cause, tout ce qui apaisera ma douleur et protégera la peau ne peut que favoriser la guérison. L'écorchure n'en reste pas moins au point de convergence de multiples « causes » proches ou lointaines : rugosité du mur, état glissant du chemin, motif du cheminement, étroitesse du passage, fragilité particulière de l'épiderme, maladresse due à la précipitation, à l'ivresse, au Parkinson, à une compulsion autopunitive, etc. Même pour un événement si simple, et sans même parler du sens, il est difficile de démêler l'écheveau des conditions favorisantes, nécessaires, suffisantes. Mais si je veux me protéger, je ne puis esquiver ce labyrinthe. Pratiquement, ce sera le soulagement apporté par les « antidépresseurs » qui me rendra assez de disponibilité pour arriver, au fil d'une psychothérapie et/ou d'un ajustement relationnel, à reconsidérer l'ensemble du paysage pour arriver à moins m'écorcher. Jamais il ne s'agira de la simple action d'une molécule sur un neurotransmetteur.

Violence et inconsistance d'un modèle exclusivement techno-médical

La réalité socio-médicale, malheureusement, ne semble pas toujours accordée à cette complexité. Il est surprenant, par exemple, que Santé Mentale Europe, une ONG liée à l'Union européenne, ait nommé au poste de directrice une citoyenne belge graduée en sciences pharmaceutiques, formée de surcroît au marketing et à la communication¹⁷. De mauvais esprits pourraient se demander où se trouve le lien entre des souffrances psychiques induites par la solitude et le chômage (ou à tout le moins favorisées par eux) et le marketing en matière de pharmacie. La devinette est pourtant transparente. Si l'on reste prisonnier du modèle techno-médical, le cadrage d'une pathologie semble inextricable si des facteurs psychologiques et sociaux ne cessent d'interférer avec les réalités somatiques. À l'heure où la task force du DSM souhaite rapatrier la psychiatrie dans la médecine, cadrer la dépression s'apparente aux travaux d'Hercule si l'on s'égaré du côté du sens. Par contre, définir une pathologie par rapport à la réaction de tel individu à telle molécule supposée y remédier apparaît plus net. En tout cas, plus pratique... Comme le souligne Claude Le Pen (économiste de la santé auprès de l'Union européenne) : « Il y a une dynamique entre la maladie et son traitement qui se crée. Et on est allé particulièrement loin en matière de pathologies mentales. Tenez, vous allez chez votre médecin en disant que cela ne va pas. Il vous donne un antidépresseur. Deux semaines plus tard, vous retournez le voir, cela va mieux. Il en conclura que vous étiez déprimé. C'est la référence aux critères du traitement qui devient le critère de la maladie¹⁸. » Bel exemple de réponse qui fait le malheur de la question.

Plus préoccupant encore pour la santé psychique: le sort fait à l'enfant qu'on appelait jadis « distrait », « jouette », « turbulent », puis, avec plus de sophistication, « syndrome hyperkinétique », pour arriver en 1980 à « trouble déficitaire de l'attention », et le faire apparaître enfin, dans le DSM IV, sous la rubrique « trouble : déficit de l'attention/hyperactivité, code F90.0 ».

¹⁶ Sur la différence entre cause et raison, de même qu'entre généralisation et théorie, et plus largement sur l'extrapolation idéologique des neurosciences, voir l'article très documenté d'Alain Ehrenberg : « Le sujet cérébral », *Esprit*, « Les guerres du sujet », n°309, Paris, novembre 2004, pp 130-155.

¹⁷ Pascale Van den Heede.

¹⁸ Entretien avec Claude Le Pen, *Le Monde II*, n°43, Paris, décembre 2004.

Sylvain Gross, un pédo-psychiatre qui a pisté cette évolution, s'étonne du nombre incroyable d'articles publiés depuis quarante ans sur le thème de l'enfant hyperkinétique — sans qu'on sache pour autant à quoi s'en tenir¹⁹, du moins sur le plan scientifique. Car en réalité, la description du trouble (disorder), qui atteindrait de 3 à 5% des enfants, fait plutôt penser à un manuel de bienséance à l'école²⁰. Avec la différence notable que le comportement souhaité n'est pas obtenu ici par des moyens éducatifs, mais grâce à l'administration quotidienne — durant les jours scolaires — de méthylphénidate : une drogue de la classe des amphétamines, popularisée en Belgique sous le nom de « Rilatine » et en France sous celui de « Ritaline²¹ ». Ce qui est en cause, ce n'est pas la nature ni la prescription judicieuse éventuelle de ce médicament, mais le pragmatisme irréfléchi de son emploi. Ici encore, il semble que le « syndrome hyperkinétique » ne se définisse pas mieux que par « ce comportement perturbateur pour lequel on prescrit de la Ritaline ». On pourrait même ajouter que cette façon de faire banalise, en mineur, la logique de contention révélée, en majeur, par un récent fait divers. Fin avril 2005, dans une classe maternelle des États-Unis, une petite fille de 5 ans se montre turbulente. La pédagogue tente de la contenir mais la fillette la repousse. Dépassée par ce désordre, la professionnelle fait appel à la police. Trois gardiens de l'ordre ne tardent pas à surgir qui menottent la délinquante et l'emmènent. Les policiers et l'institutrice sont blancs, la petite fille, noire. L'ensemble de la scène est filmé par la caméra de contrôle de la classe²².

Il ne s'agit pas de plaider contre les divers outils de la techno-médecine (molécules, chirurgies, imageries, analyses de tout genre) mais pour leur rapatriement dans un « art de guérir » dont les bons généralistes, les vrais psychiatres, les réels psychothérapeutes, semblent quelquefois les ultimes représentants. On l'a dit : les antidépresseurs sont souvent les partenaires obligés de la psychothérapie. Mais on l'a vu : nombre de personnes qui souffrent d'un trouble mental (un tiers d'entre elles en Belgique) ne bénéficient en réalité que d'un traitement médicamenteux. Pourtant, en Europe, le débat sur l'augmentation du risque suicidaire induit par les antidépresseurs est clos. L'Agence européenne du médicament (EMA) déconseille désormais l'emploi de tous les antidépresseurs de la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), comme le Prozac (fluoxétine) ou le Deroxat (paroxétine), chez les moins de 18 ans. De son côté, l'Agence française de sécurité des produits de santé (AFSSAPS) estime à 95 000 le nombre d'enfants et d'adolescents actuellement traités par antidépresseurs, dont 40 000 seulement dans le cadre d'une dépression. Selon l'Agence, en ce qui concerne les jeunes, les antidépresseurs ne devraient être prescrits qu'en cas de dépression majeure et seulement en seconde ligne, dans le cadre d'une prise en charge psychothérapeutique²³.

Il ne s'agit pas non plus de prétendre que le méthylphénidate (Ritaline) n'agirait que sur le mode d'un placebo. Simplement, il apparaît qu'on ne sait pas grand-chose de sa spécificité et que l'usage de produits de la classe des amphétamines n'est jamais anodin — surtout chez les enfants. Dans le contexte évoqué, la réponse par ingestion de la molécule avant la classe entraîne moins la suppression de toute agitation que celle de tout questionnement. C'est regrettable, car on ne

¹⁹ Sylvain Gross est pédopsychiatre et psychanalyste. Voir : « Comment empêcher la vérité de sortir de la bouche des enfants ? À propos du prétendu syndrome hyperkinétique », *Essaim*, n°3, Toulouse, érès, printemps 1999, pp. 111-116.

²⁰ Par exemple : « Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle, ne se conforme pas aux consignes, fait à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison), perd souvent les objets nécessaires à son travail, se lève souvent en classe, parle souvent trop, laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée, a souvent du mal à attendre son tour, etc. » Extrait du *Mini DSM-IV*, *op.cit.*, pp 64-65.

²¹ Chacun sait que les « Ritals » ont un comportement gestuel exagéré.

²² Images diffusées le week-end du 23 avril 2005, au JT de la RTBF.

²³ Voir *Le Monde*, 27 avril 2005, p 32.

peut évoluer dans le registre de la santé mentale (psychopharmacologie y compris) sans consentir à la singularité absolue de chaque situation, en même temps qu'à l'inéluctable de ses déterminants collectifs. Servantes de l'ordre sous couvert de tolérance, les technocraties s'accommodent mal de l'effervescence conceptuelle découlant des conceptions psycho-bio-sociales de la santé. Pour s'en prémunir, elles tentent de formater le champ de la santé mentale sur le modèle hétérogène de la techno-médecine, alors même qu'au sein de cette dernière la clarté n'est pas forcément de mise. À la lumière des tests en « double aveugle » imposés par la Federal Drugs Administration (FDA), rapporte Guy Hugnet²⁴, la fluoxétine ne s'est pas avérée significativement plus efficace qu'un placebo — ce qui n'a empêché la firme Lilly de mettre le Prozac sur le marché. Peut-être pas à tort. En effet, dès qu'on renonce à la fiction techniquement nécessaire de « l'organisme », il n'est de réalité plus riche que l'effet placebo pour montrer ce qu'est un corps, et comment l'efficacité thérapeutique excède largement celle des effets spécifiques de telle ou telle intervention. En 2008, une étude du professeur Irving Kirsch (Hull University, UK), basée sur les résultats des essais cliniques obligatoires réalisés par les firmes pharmaceutiques (mais dissimulés par elles), a montré que les antidépresseurs de la dernière génération (ISRS) ne fonctionnaient en réalité pas mieux que les placebos — sauf dans les cas de dépression grave²⁵, peu propices en effet à l'investissement transférentiel de quoi que ce soit. En Grande Bretagne, 16,2 millions de prescriptions d'ISRS ont été effectuées en 2006. S'adaptant sur mesure à chaque patient et à chaque affection, l'effet placebo entre dans un rapport subtil avec l'impact de telle ou telle molécule sur telle ou telle séquence physiologique. Il a pour contrepartie l'effet nocebo, capable à lui seul de faire échouer la thérapeutique la plus adéquate. Notons que déjà, dans une perspective pavlovienne, il a été mis en évidence qu'on peut potentialiser ou inhiber les effets de la chlorpromazine (Largactil) sur le tonus du même chien, selon qu'il se trouve devant la redoutable porte du laboratoire ou celle, plus avenante, de l'espace de jeu²⁶. Dans un cadre expérimental plus large, on a constaté qu'on pouvait prolonger la vie des rats en les amusant²⁷. Plus largement, comme l'a souligné Pierre Benoit²⁸, l'effet placebo questionne la relation de tout un chacun au « médical en tant qu'objet », au sens psychanalytique du terme. On y reviendra. Si, dans le champ de la recherche fondamentale, l'effet placebo (qui écorne la prévalence du modèle technologique) n'est pas très populaire, dans celui de l'observation scientifique il s'avère inéquivocal. Depuis soixante ans, en effet, des mètres cubes de littérature purement expérimentale²⁹ mettent en évidence la régularité de son occurrence : toutes affections et thérapeutiques confondues (chirurgie y compris), on observe en moyenne 33% d'effets bénéfiques résultant d'une intervention placebo. Hors moyenne, on arrive jusqu'à 66% dans certaines situations.

Tout ceci souligne la complexité générale du champ de la santé : si même en techno-médecine (par exemple, en chirurgie cardiaque) il importe de différencier remise en état des organes et processus de guérison, à plus forte raison en santé mentale on ne pourra identifier guérison et

²⁴ Ancien cadre de l'industrie pharmaceutique. Cf. G. Hugnet, *Antidépresseurs. La grande intoxication*, Paris, Le Cherche-Midi, 2004.

²⁵ Étude publiée en ligne sur PLOS-pMedicine, 26 février 2008.

²⁶ Voir les recherches de Corneliu Giurgea (Bucarest, Louvain), notamment : « Neurophysiologie et conditionnement », *An. Soc. Royale Sc. Med. et Nat. De Bruxelles*, vol. XII, fasc. 2, 1964, pp. 53-58.

²⁷ Voir : F.-S. Hammet, « Studies in the Thyroid Apparatus : I », *Am. J. of Physiology*, vol. 56, 1921, pp. 196-204 ; et F.-S. Hammet, « Studies in the Thyroid Apparatus : V », *Endocrinology*, vol. 6, 1922, pp. 221-229. Christophe Dejourn rapporte une observation semblable : les tissus (pancréas) prélevés sur des rats de laboratoire se nécrosent moins vite si leurs titulaires ont été dûment caressés.

²⁸ Médecin et psychanalyste. Voir : P. Benoit, *Le corps et la peine des hommes*, Paris, L'Harmattan, 2004.

²⁹ La loi fait obligation, dans la plupart des pays, de tester toute nouvelle thérapeutique, selon des procédures en « double aveugle », en la comparant avec un placebo et/ou avec une thérapeutique déjà existante, réputée efficace en la matière concernée.

restauration du comportement (par exemple, en matière d'anorexie). L'être humain est ainsi fait que, s'il importe de ne pas confondre dysfonctionnement cardiaque et peines de cœur, ces dernières, à la longue, ne sont pas sans incidence sur le fonctionnement du muscle. Un trouble fonctionnel lié à une fragilité constitutionnelle, à des conditions de vie, à l'angoisse, au stress, peut déboucher sur une atteinte lésionnelle pour laquelle la chirurgie cardiaque fera merveille. Le soulagement consécutif ne sera pas sans incidence sur l'économie de l'angoisse, mais le reste continuera à tanguer comme il peut. Le cœur est ainsi fait que si son anatomie, son fonctionnement, se prêtent à un paramétrage rigoureux et à une standardisation des procédures réparatrices, il en va tout autrement des « affaires de cœur ». Le sens de la vie est forcément plus évasif que les facteurs de survie, mais il est clair que ce n'est pas en eux que nous puisons le goût de vivre. Si la santé mentale étend ses réseaux du côté de l'interrogation existentielle plutôt que de la maintenance des organes, cela ne signifie pas que ses praticiens se passent de procédures rigoureuses, ni de modèles scientifiques consistants (celui, par exemple, qui montre comment un « qui suis-je ? » vacillant peut ne trouver à se soutenir qu'au moyen d'un délire). Simplement, pour des raisons éthiques autant que méthodologiques, les modèles théoriques en santé mentale se prêtent peu aux procédures expérimentales et aux comparaisons statistiques. S'il peut être tentant de simplifier le champ pour le rendre aisément mesurable, comparable, « publiable », subventionnable, ce n'est qu'au prix d'un leurre : la rhétorique expérimentale, le « scientifiquement correct », n'ont pas grand-chose à voir avec la rigueur. La technocratie, de toute façon, n'en a cure. Pilotant le politique en mal d'information, la rationalité administrative tend à imposer les critères d'évaluation qu'elle connaît et qui la rassurent : ceux de la technomédecine. Ils ont peu de rapport, hélas, avec une réalité ravageuse où la dépression est corrélée d'abord avec la solitude et ensuite avec le chômage.

Des systèmes d'évaluation complaisants et biaisés

En matière de santé mentale, le « design expérimental » ne cache souvent qu'un forçage méthodologique prêt à confondre les péripéties du désir avec la mesure de l'érection. On n'est pas loin des parodies d'article scientifique issues de la plume de Georges Perec³⁰. Face à cette poudre aux yeux, le jargon des psychanalystes, hélas, n'est pas un antidote. C'est regrettable, car l'imposition de critères d'évaluation relevant de méthodologies étrangères au champ concerné ne peut avoir qu'un effet destructeur. Certes, il est possible d'utiliser le DSM IV et de pratiquer le RPM³¹ en surface, comme jadis les marranes contraints d'embrasser la foi catholique, mais on finit par oublier le reste. Surtout si le DSM, comme c'est progressivement le cas, se voit confondu avec un traité de psychopathologie. Le secteur de la santé mentale, soulignons-le, ne s'oppose en rien à celui de la techno-médecine : il lui est complémentaire. Il intervient dans le champ existentiel mis nécessairement en suspens par le traitement des organes. Il est vital que cette spécificité soit reconnue, sans quoi la santé sera confondue avec la normalité, la rigueur avec l'ordre, le raisonnable avec le quantifiable, et le sujet en souffrance avec l'objet des soins. Personne n'y gagnera. Pour des motifs strictement rationnels, il est illégitime d'évaluer le cheminement thérapeutique de 50 femmes anorexiques (de même âge, même poids, même taille, même milieu social) de la même façon qu'on compare les traitements standardisés de 50 fractures du péroné ou de 50 lésions coronariennes. C'est pourtant ce à quoi des méthodologies issues du courant de l'evidence based médecine (la médecine appuyée sur des preuves) invitent les praticiens de la santé mentale. À partir de troubles définis par le DSM ou la CIM³², les « traitements psychologiques

³⁰ Par exemple, sur le « tomatotropisme de la cantatrice » (en anglo-américain).

³¹ RPM (Belgique) : résumé psychiatrique minimum.

³² CIM : Classification internationale des maladies.

appuyés empiriquement³³ » sont réputés tels après contrôle comparatif de leur efficacité via l'application d'un même manuel. Il s'agit de comparer des cohortes homogènes (par exemple, de « personnalité histrionique »³⁴, code F. 60.4) selon leurs réactions à diverses sortes de thérapies ainsi qu'à un placebo (en général, le fait de stagner sur une liste d'attente). Outre le caractère inacceptable de la manipulation (on va jusqu'à imaginer la comparaison avec de fausses thérapies), cette façon de procéder heurte la plupart des psychothérapeutes. Par définition, chaque cheminement dans les limites d'un cadre est laissé à la créativité individuelle. De plus, des symptômes d'apparence identique peuvent s'inscrire dans des dynamiques radicalement différentes. Ainsi, pour un adolescent perturbé, une conduite antisociale comme le fait d'incendier « sans raison » une voiture peut s'avérer signe aussi bien de bascule dans un état grave que d'amorce de guérison. Difficile de faire comprendre ça au DSM, de même qu'au propriétaire de la BMW... Soyons sérieux. De l'aveu même des promoteurs de l'evidence based medicine, seulement 10 à 20% des actes médicaux correspondent aux critères souhaités. Quant aux « traitements psychologiques appuyés empiriquement », à ce niveau ce sont les critères eux-mêmes qui apparaissent inadéquats à tout qui est confronté à la réalité de la souffrance psychique. C'est probablement le moment de signaler que la plupart des membres de la task force du DSM étaient des médecins chercheurs en psychiatrie, n'ayant pratiquement jamais mis le pied hors de l'université³⁵. De souligner, en outre, les liens financiers avérés de nombre d'entre eux avec les firmes pharmaceutiques³⁶.

Rendus à ce point, il faut dissiper un éventuel malentendu. Dans une perspective psychodynamique, le processus thérapeutique ne participe en rien d'un obscur et ineffable cheminement. C'est Freud, un des premiers, qui a projeté au cœur des ténèbres gothiques de la psychopathologie un vif faisceau de rationalité. D'ailleurs, dès le début de sa recherche et plus avant dans le chapitre VII de la Traumdeutung (1899), il dialogue avec les neuro-sciences dont il est lui-même un pionnier. De façon générale, la confrontation de la psychanalyse à d'autres modèles scientifiques ne pose aucun problème³⁷ pour peu qu'on ait affaire à de véritables chercheurs : c'est avec les petits épigones qu'il est difficile de communiquer. Quoi qu'il en soit, il n'est aucunement question de refuser l'évaluation, encore moins le débat. Simplement, il importe que chacun puisse reconnaître la spécificité du champ de l'autre³⁸. En psychanalyse plus qu'ailleurs « comparaison n'est pas raison ». Dès qu'on entre dans le champ de la réalité psychique, de l'inconscient, de la pulsion, de l'angoisse, ce qui est comparable devient insignifiant. Ce qui compte à ce niveau, c'est le léger écart de sens entre deux éléments signifiants d'allure

³³ On trouvera un regard d'ensemble sur la question dans : R. Ladouceur et coll. (université Laval, Québec, Canada), « Les traitements psychologiques appuyés empiriquement : état de la question et critique », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 2003, 13, 2, pp. 53-65.

³⁴ Traduction « a-théorique » du mot hystérie.

³⁵ Pour qui veut en savoir plus, lire : S. Kirk et H. Kutchins (respectivement professeurs en sciences sociales à Columbia et à Sacramento), *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New-York, 1992, trad. fr., *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Synthelabo Institut éditions, Paris, 1998.

³⁶ Lisa Cosgrovea, Sheldon Krinsky, Manisha Vijayaraghavana, Lisa Schneidera, *Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry*, University of Massachusetts, Boston, Mass., and Tufts University, Medford, Mass. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2006 ; 75 : 154-160 (vol. 3, avril 2006).

³⁷ J'insiste sur la psychanalyse car, cliniquement, son champ m'est familier, mais plus encore parce qu'elle va largement au-delà de la seule théorisation de sa pratique. Proposant une vision anthropologique globale, la psychanalyse contribue largement au déchiffrement du fonctionnement tant du psychisme que des faits sociaux. En ce sens, il n'est nullement nécessaire de s'y rallier cliniquement pour s'en servir comme outil de réflexion.

³⁸ Ce qu'un esprit aussi prestigieux que Karl Popper n'a pas réussi à faire. Surtout, semble-t-il, faute d'information suffisante sur la psychanalyse. Voir : Francis Martens, « Psychanalyse et science : sur le zinc avec Karl Popper, ou de l'inconvénient d'assaisonner les fraises comme les échalotes », *Psychiatrie Française*, n°3, 2006, Association Française de Psychiatrie, 2006, Paris.

pourtant identique. Autrement dit, un lapsus n'est pas l'autre — même s'il s'agit, sur le même mot, du même trébuchement. La réalité dont sont tissés les rêves est malaisément quantifiable. Elle n'appartient pas au sommeil paradoxal. L'imagerie médicale nous éblouit mais ne dit rien du film. Le psychisme ne parcourt pas haletant le câblage de l'homme neuronal. Il s'étend aux confins de la culture qui l'enfante. Sans transmission de la langue, peu de pensée. Sans verbe « être », pas de métaphysique. Le génome n'est pas l'identité, la technologie, pas la science. Arrivés au degré de complexité qui nous accroche au langage, nous n'avons que la conscience réflexive et son outil — la parole — pour décrire sans trop le dissoudre ce qu'il en est de nous. Le reste n'est qu'énumération de conditions nécessaires. En ce sens, Joyce nous est plus utile que Changeux. La politique de la santé mentale ne se réduit pas non plus à la codification des soins. Si le refus de l'évaluation abusive procède clairement d'une position épistémologique, c'est aussi un combat contre l'uniformisation destructrice. Du point de vue de la citoyenneté, l'éthique psychanalytique s'inscrit aux côtés de tout ce qui veut promouvoir l'égalité dans la différence. Elle est allergique au totalitarisme. C'est loin d'être un monopole ! La pluralité des professions de la santé mentale protège du glissement vers la normalisation. À l'interface des autres pratiques médicales, le psychiatre occupe une position stratégique difficile, écartelé parfois entre des modèles tout en tension. C'est aussi le cas du travailleur social. Pour revenir à l'evidence based medicine, il est une raison plus fondamentale qui empêche d'évaluer une psychothérapie en la comparant à un placebo : c'est qu'elle participe en bonne part du même registre que ledit placebo, sans pour autant s'y réduire. En effet, s'il est une chose mise en lumière par l'occurrence universelle de ce phénomène, c'est bien l'efficacité relative de toute « forme thérapeutique » indépendamment de son contenu. C'est dans cette perspective qu'une « fausse » intervention peut avoir de vrais effets — qui plus est, mesurables. Du côté médical, l'effet placebo révèle la part d'efficacité-parasite non spécifique, inhérente à tous les traitements, même inappropriés³⁹. Sa présence n'apparaît qu'en filigrane, mais avec suffisamment de netteté pour qu'on tente de maintenir cette variable constante lors des expérimentations. Au sein des psychothérapies, l'effet placebo se fond dans l'ensemble, accompagnant sur un mode mineur ce que le processus favorise en majeur. Il représente la forme la plus originaire de ce que la psychanalyse tente de mobiliser dans la cure et qu'elle théorise en termes de transfert et de rapport à l'objet.

Cela dit, quand pour sauver un homme il faut le réduire techniquement à ses organes, on comprend que la réflexion sur le placebo fasse quelque peu désordre. L'ignorer, pourtant, expose aux redoutables ravages de l'effet nocebo, capable lui de tuer son homme ! En fait, la quasi-absence de recherches sur la nature de l'effet placebo atteste du peu de préoccupation scientifique de nombre de praticiens de la santé. Leur pragmatisme néanmoins n'est pas en soi un défaut, pour autant qu'il n'obture tout questionnement et ne nous réduise pour de vrai à nos organes. Réouvrons dès lors à tout hasard la question avec une proposition d'épistémologie poétique : « Tout ce qui vaudrait la peine d'être prouvé, disait Alfred Tennyson, ne peut être ni prouvé, ni infirmé. » Allez donc démontrer l'amour de Jean pour Jeannette... Allez prouver que le quintette avec clarinette de Mozart, Koechel 581, est un pur chef d'œuvre... Impossible bien sûr — bien que là soient nos raisons de vivre.

Toute pratique issue d'une théorie ou d'un système incapable de prendre en compte nos raisons de vivre peut nuire gravement à la santé.

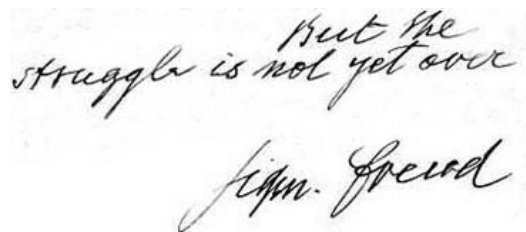
³⁹ Rappelons que ces considérations succinctes s'appuient sur un corpus scientifique énorme ne procédant que du modèle expérimental.

Résumé

Au sein de la société néolibérale mondialisée, régulée par la seule «main invisible» du marché, la notion de «psychopathologie» a disparu. S'interroger sur le sens individuel ou social d'une souffrance n'a plus en réalité aucun sens. Il s'agit plutôt d'éliminer par des recettes les désordres – éventuellement mentaux – qui pourraient nuire au système. Il s'agit donc moins, pour l'individu, de chercher à comprendre que de recommencer à fonctionner. En matière de psychiatrie, cette idéologie possède un bréviaire universellement répandu : le DSM. Pas étonnant que la psychanalyse n'y trouve plus de place et que l'identité des psychiatres s'y voit mise à mal. Les conséquences sont préoccupantes, tant du côté de la prise en compte de facteurs socio-économiques cruciaux en matière de souffrance psychique, que de la mise en œuvre de critères d'évaluation et de formation et d'organisation adéquats en matière de santé mentale.

Mots-clefs

Chômage, dépression, DSM-IV, évaluation, Freud, ISRS, placebo, Mozart, néolibéralisme, Tennyson.



But the
struggle is not yet over
Sigm. Freud

Management financier et «qualité» des prestation

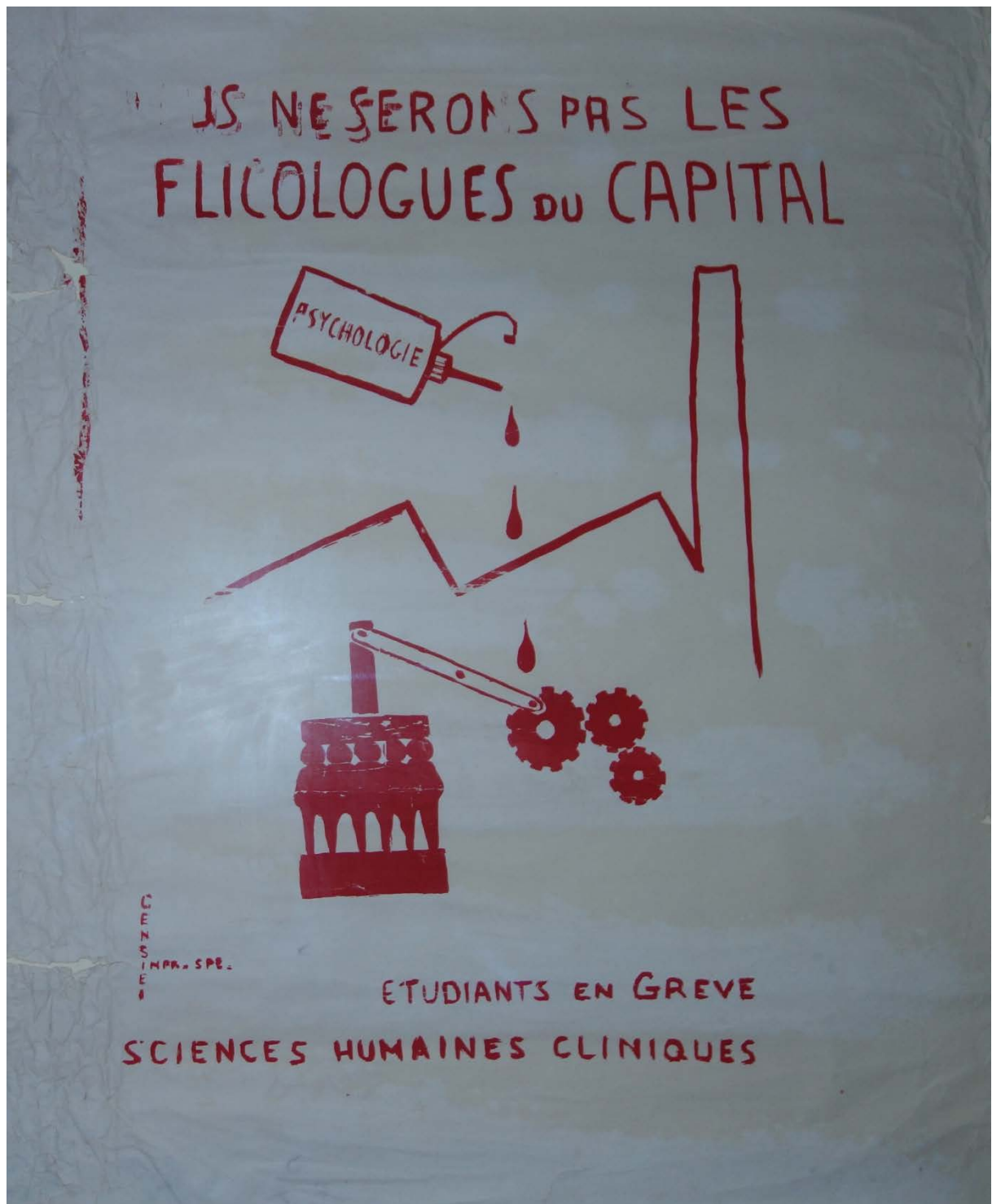
La destruction du Service Public - et donc des solidarités collectives au profit de la marchandisation des relations humaines - passe par l'affirmation idéologique : *un hôpital est une entreprise comme une autre, de même qu'une université, un palais de justice*, ils se doivent d'être rentables. Ce slogan se déguise couramment sous le manteau de la nécessité «sans alternative» d'un management en «bon père de famille». Et qui le refuserait pour son propre ménage ? D'autant plus que le terme «management» est le cousin étymologique du mot «ménage», et que pour l'un comme pour l'autre il s'agit de «prendre les choses en mains» (du latin : *manus*). Mais en réalité, cette assertion d'apparent bon sens prélude à l'imposition de normes qui n'ont rien à voir avec la gestion avisée par la ménagère de sa propre cuisine. Il s'agit plutôt d'une rationalisation de type «fordiste» (organisation standardisée du travail mise en œuvre, en 1908, par le constructeur automobile Henry Ford après sa visite des abattoirs de Chicago), telle qu'illustrée par la célèbre séquence du repas imposé sur la chaîne de montage dans «Les Temps Modernes» (Chaplin, 1936). Il n'est que trop cohérent de transposer cet univers d'apparente fonctionnalité aux «10 minutes tout compris» consacrées à la toilette de personnes en maisons de soins.

Dans ce cas du fordisme cependant, nous sommes encore dans le registre du capitalisme industriel : producteur de biens, de travail et de salaires, *ainsi que* de bénéfices servant à récompenser les investisseurs. Dans le capitalisme financier purement spéculatif, la production (de tout et n'importe quoi) n'est plus qu'un prétexte. Elle sert *avant tout* à majorer à court terme les dividendes des actionnaires. L'impératif de qualité, qui restait cher à Ford, cède donc le pas à la diminution de coûts de production dont les plus ajustables sont ceux du travail — devenu un produit jetable parmi d'autres. Car ici, les entreprises ne sont plus que les pièces d'un Monopoly dont le jeu gagne en férocité dès que, coté en bourse, il échappe à la régulation des entreprises familiales. Mis en concurrence dans le cadre précaire d'un marché mondialisé dérégulé - et jusqu'au sein de leur propre atelier - les individus travaillant sous un tel joug sont maltraités et deviennent aisément maltraitants. Le harcèlement et le suicide sur le lieu du travail se banalisent (Christophe Dejours, 1980). Le burnout apparaît souvent comme une ultime protection. N'empêche que le travail - même modeste - reste une *valeur en soi*. Élément capital du maillage social et de toute socialité paisible, il concourt autant à la sécurité matérielle qu'à la valorisation personnelle et à la stabilité affective. Dans cette perspective, et de par son lien direct avec les registres du *stress*, de la *dépression*, et du halo de *comorbidité* qui les accompagne, le travail constitue une pierre d'angle de toute politique de la santé. Statistiquement, il s'avère une composante majeure de l'équation santé mentale-santé sociale. De même que, par-delà toute médicalisation de la souffrance sociale, le *champ de la santé mentale* apparaît capital en matière de prévention et de santé tout court.

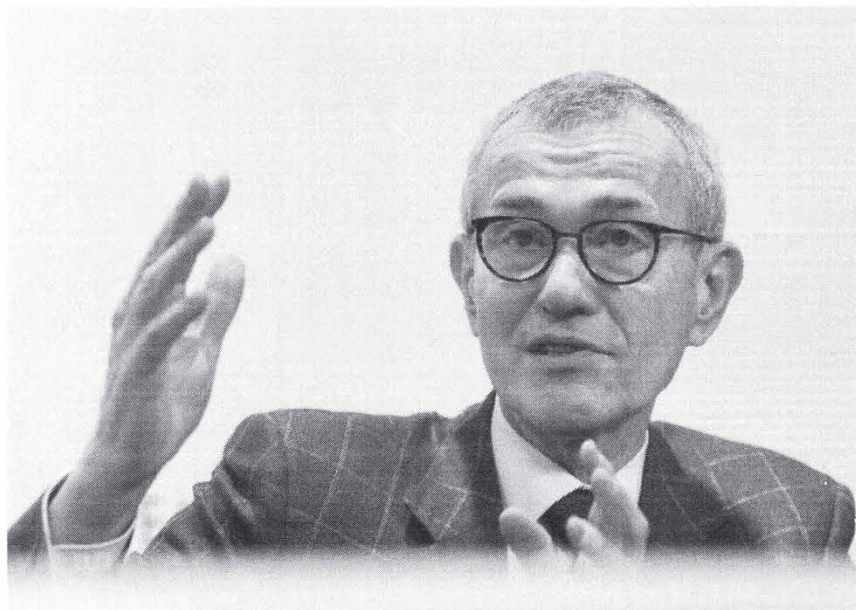
Les souffrances évoquées ci-dessus participent des «dégâts collatéraux» du modèle désormais dominant en matière d'organisation du travail. Rien que de très connu. Mais ce qui reste insidieux, c'est la manière dont ce type de managérisme, inféodé à des *impératifs d'évaluation quantitative purement financiers* (plus de profits et/ou moins d'impôts) dissimulés sous des *exigences de «qualité des soins»*, impose ses *normes* et ses *modes de contrôle* à des institutions dont l'efficience relève d'un tout autre modèle. Quel rapport en effet entre la rentabilité sociétale d'un Service Public comme le SPF-Justice, et le coût salarial d'un greffier ? Ou quel sens donner au fait qu'en Belgique 30% du personnel soignant doivent désormais recourir à des anti-douleurs, des anti-inflammatoires et des somnifères pour supporter des conditions de travail et des évaluations inadéquates, calquées sur le modèle concurrentiel d'une entreprise à finalité commerciale (sondage *Het Laatste Nieuws*, 12 mai 2018). La bonne gestion d'un hôpital public est évidemment essentielle, mais pas plus que la justice elle ne correspond à un management de ce type. Se soumettre à ce modèle unique, c'est avaliser à court terme le modèle délétère de «la médecine à deux vitesses», et plus largement la volatilisation du Service Public. Sans compter que les états qui ont privatisé totalement leurs assurances de santé ont vu exploser tout aussitôt leurs dépenses annuelles globales en la matière (comme l'attestent, par exemple, les statistiques officielles des Pays-Bas entre 2006 et 2011).

Francis Martens, 14 mai 2018

Mai 68, les étudiant(e)s en psychologie de Censier s'affichent



SANTÉ



« Bien qu'il reste encore beaucoup à faire, les premiers effets concrets de la réforme se font déjà sentir sur le terrain », selon Frank Vandembroucke, le ministre de la Santé.

« Les psychologues doivent déjà refuser des patients »

Les professionnels sont plus nuancés quant aux effets de cette nouvelle réforme. « La réforme fonctionne sur la base d'une enveloppe fermée. Par conséquent, les réseaux se montrent prudents et ne veulent pas utiliser leur budget trop vite. Ils conventionnent les psychologues au compte-gouttes. Seule une partie du budget est donc réellement utilisée », pointe Quentin Vassart, président de l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones. « Néanmoins, on peut comprendre les réseaux qui veulent se baser sur les besoins de la population. » Le président de l'UPPCF craint l'apparition d'une psychologie à deux vitesses. « Certains psychologues conventionnés doivent déjà refuser des patients, ou refuser d'appliquer le tarif conventionné. Soit parce que le réseau ne leur délivre pas suffisamment de séances, soit parce que le patient n'est pas suffisamment "vulnérable". Ce qui conduit les patients à reporter leurs soins au mois prochain. Déontologiquement, la situation est délicate pour les professionnels. » CHM

« Il y avait des lacunes historiques en matière de santé mentale »

La réforme des soins psychologiques de première ligne est opérationnelle depuis le 1^{er} janvier. Elle a déjà permis de quadrupler le nombre de séances réellement prestées. Mais « le but n'est pas d'envoyer chaque Belge chez le psychologue pour 11 euros », précise Frank Vandembroucke.

ENTRETIEN
CHARLOTTE HUTIN

Le 1^{er} janvier dernier, la réforme des soins psychologiques de première ligne était sur les rails. Accélérée par la crise sanitaire, elle prévoyait de rendre les soins psychologiques plus accessibles d'un point de vue financier et géographique. Le budget annuel accordé au secteur était quadruplé, passant de 39 à 152 millions d'euros. Le coût d'une consultation individuelle chez un psychologue ou orthopédoque conventionné s'élevait désormais à 11 euros à charge du patient, et seulement 4 euros pour les bénéficiaires de l'intervention majorée. Le ministre de la Santé, Frank Vandembroucke (Vooruit), dresse un premier bilan de cette réforme lancée il y a un mois qu'il aime à qualifier de « historique ».

La réforme en santé mentale de votre prédécesseur (Magie De Block, NDLR) peinait à atteindre sa cible. Une partie seulement du budget avait été utilisée. La réforme actuelle corrige les effets indésirables ?

La première convention en santé mentale a été un fiasco. Je crois que l'on a utilisé 10 % du budget. La convention n'était pas attractive pour les professionnels. Les psychologues reçoivent désormais 75 euros pour une consultation, ce qui est totalement légitime. Par ailleurs,

d'autres interventions financières existent pour soutenir la pratique. Bien qu'il reste encore beaucoup à faire, les premiers effets concrets de la réforme se font déjà sentir sur le terrain. Si l'on compare l'offre disponible, on voit que celle-ci a augmenté de 40 % entre mars 2020 et janvier 2022. La disponibilité des psychologues et orthopédoques cliniciens s'est accrue, en particulier pour les jeunes (+50 %), un groupe cible particulièrement touché par la crise. Au 5 février, 1.083 psychologues et orthopédoques cliniciens individuels se sont « conventionnés ». Concrètement, le nombre de séances individuelles effectivement données est passé de 5.565 séances à 22.373 séances mensuelles (+ 300 %). C'est considérable. L'offre est encore deux fois supérieure aux soins psychologiques effectivement prestés. Les réseaux doivent atteindre leur vitesse de croisière avant l'été. Par le passé, le déséquilibre était nettement plus important.

Par crainte de manquer d'argent, les réseaux attribuent un nombre limité de séances à chaque psychologue conventionné. Le risque n'est-il pas d'aller vers une psychologie à deux vitesses où certains bénéficieraient d'un remboursement et d'autres pas ?

Le psychologue ne doit pas choisir entre ses patients. Il n'y a pas de rationnement en vue. Le but n'est pas d'envoyer chaque Belge chez le psychologue pour 11 euros. Les professionnels conventionnés doivent se centrer sur ce que nous appelons dans notre jargon les « groupes cibles vulnérables ». Le terme « vulnérable » est pris au sens large. Il arrive, par exemple, que tout se passe bien pour un enfant à la maison mais qu'il soit victime de harcèlement à l'école pendant une longue période. L'enfant est alors vulnérable et nous devons être présents très tôt pour le soutenir et l'aider. De nouveaux patients vont certainement se manifester, mais nous croyons à ce stade-ci que l'offre sera suffisante.

Initialement prévue pour le 1^{er} septembre 2021, elle a finalement mis plus de temps que prévu à se mettre en place.

La convention entre l'Inami et les 32 réseaux de santé mentale a nécessité six mois de négociations. Fin juillet 2021, elle a été entérinée par les membres de

l'Inami et, depuis le 1^{er} septembre, les différents réseaux de soins de santé mentale qui couvrent une Région ont pu signer la nouvelle convention. C'est la raison pour laquelle nous avons pensé que cette date inaugurerait le début de l'accessibilité des soins psychologiques. Evidemment, les réseaux ont d'abord procédé au recrutement d'un coordinateur. Ils ont ensuite dû vérifier la disponibilité des psychologues et orthopédoques cliniciens. Désormais, les réseaux doivent réaliser l'inventaire des besoins et des demandes dans leur Région. Ce travail doit être achevé pour mars en Wallonie et à Bruxelles.

Certains réseaux ont tout de même mis plusieurs semaines avant de signer leur convention avec l'Inami. Le secteur manifestait des réticences ?

Au sein de la profession, la multidisciplinarité et la collaboration avec les médecins généralistes posaient quelques questions. Il est en effet demandé aux psychologues cliniciens de partager un rapport avec le médecin généraliste du patient. Cela a suscité une réaction de surprise en raison du secret professionnel. Pour nous, cette condition était absolument évidente et essentielle. C'est ce qu'il se passe dans les soins de santé somatique. Le patient est indivisible ; les aspects ayant trait à la santé mentale et somatique sont intimement connectés. Evidemment, le patient peut refuser que

son psychologue transmette un compte rendu des séances à son médecin traitant. Cela fait partie des droits du patient.

Cette réforme amène un changement de paradigme dans la prise en charge des patients.

L'approche classique des soins, dans laquelle nous cherchons un professionnel de la santé individuel pour chaque problème individuel, est dépassée. Non seulement elle ne favorise pas la qualité des soins, mais elle est aussi intenable et surtout impossible à financer à long terme. Il en va de même pour notre approche des soins de santé mentale. Si les séances individuelles doivent être maintenues pour toute une série de problématiques, elles ne sont peut-être pas la réponse adéquate à apporter dans toutes les situations. Les séances de groupe peuvent renforcer la résilience. Ça permet de prendre conscience que nous ne sommes pas seuls à vivre une même difficulté. C'est également un moyen de lutter contre la stigmatisation en matière de santé mentale, encore bien trop prégnante. Mais une telle réforme requiert du temps.

En 2018, Solidaris évaluait les moyens nécessaires pour rembourser la prise en charge de première ligne à quelque 250 millions. C'était avant la crise sanitaire. Votre enveloppe sera-t-elle suffisante ?

Je ne dis pas que c'est suffisant, je dis que c'est nécessaire. Il y avait des lacunes historiques dans ce pays en matière de santé mentale de première ligne. En Flandre, nous avons cette tradition des grandes institutions psychiatriques, mais la première ligne était sous-développée. Au printemps, nous lancerons un investissement supplémentaire, d'un montant total de 51 millions d'euros pour les soins plus spécialisés. A partir de 2023, l'offre hospitalière sera notamment renforcée en tenant compte de la répartition provinciale historiquement inégale. Néanmoins, cette grande réforme doit être soutenable dans la durée. Nous n'allons certainement pas faire marche arrière en termes d'investissement budgétaire. Mais il y aura une évaluation systématique des effets de la réforme. L'effort de formation des psychologues cliniciens devra également être évalué. Tout cela dans un objectif d'amélioration.

ABONNÉS

A lire sur notre site
Les Wallons ressentent plus la solitude que les Flamands.

PODCAST



Soins psychologiques : les premiers constats un mois et demi après la réforme. Un podcast de Sandrine Puissant.



En guise de réponse à l'entretien accordé au Soir par Monsieur Vandembroucke, ministre de la Santé

L'intimité menacée

Chers collègues,

Un extrait de l'entretien donné par Monsieur Vandembroucke ce 15 février au journal Le Soir, a suscité ma colère. Une telle méconnaissance de notre profession, de nos pratiques et de ce qu'est l'intimité d'une personne est consternante.

Je m'autorise à transcrire ici, intégralement cet extrait :

Il est en effet demandé aux psychologues cliniciens de partager un rapport avec le médecin généraliste du patient⁴⁰. Cela a suscité une réaction de surprise en raison du secret professionnel. Pour nous, cette condition était absolument évidente et essentielle. C'est ce qu'il se passe dans les soins de santé somatique. Le patient est indivisible ; les aspects ayant trait à la santé mentale et somatique sont intimement connectés.

Certains principes essentiels sont incontournables, entre autres l'exigence de confidentialité, la relation de confiance et surtout, le soin du psychisme par le psychisme. Ces principes devraient être rediscutés avec le ministre de la Santé. Mais c'est peine perdue. D'autres ont tenté faire entendre ces arguments. Leurs courriers n'ont même pas reçu un accusé de réception !

Chers collègues,

Pour vous ceci n'est sans doute qu'un rappel. Qu'il puisse vous aider dans les situations compliquées de vos pratiques institutionnelles, qu'il vous aide surtout à en faire des ricochets. Dans le soin psychique, les praticiens devront défendre leur discrétion (si pas leur mutisme) dans les dossiers patients informatisés, (DPI) trop partagés.

Le partage des données confidentielles et intimes est un obstacle au soin psychique. **La transparence est une illusion.**

Le ministre de la Santé rappelle avec raison l'ampleur de la manne financière octroyée par la convention historique, la convention Inami. Cet incitant financier est non négligeable ; il facilite sans doute pour certains, mais pour certains seulement et pour un temps incertain, l'accessibilité pécuniaire aux soins psychiques.

⁴⁰ Il paraît qu'un Recours contre la convention INAMI aurait annulé ce rapport au médecin généraliste. Cependant l'essentiel de notre argumentation n'aurait pas été assimilé !

À quelles conditions ? N'assistons-nous pas à l'objectivation du patient plutôt qu'à sa subjectivation ? En échange d'une aide financière, la loi relative aux droits du patient (2002) et le droit du patient au **respect de son intimité** sont obliérés.

Dans le soin psychique, la transparence est une illusion !

Dans le champ de la médecine somatique, les progrès de la technologie, l'hyperspécialisation des prestataires, l'indispensable pluridisciplinarité exigent d'additionner et confronter toutes les données. Une transparence optimale éradique les symptômes et la maladie ; la continuité des soins sauve des vies. Le partage en temps réel des informations confidentielles renforce la confiance du patient dans le grand « corps médical ». Le patient en oublie même ses plaintes passagères relatives à l'altération du colloque singulier avec certains spécialistes très pointus.

En médecine somatique la transparence est indispensable. Elle sauve des vies.

Mais chez qui seront déposées et élaborées les questions qui relèvent de **l'intime** ?

Dans le champ de la santé mentale, lors de la rencontre d'un sujet en souffrance psychique et/ou relationnelle, le contrat qui permet à un être humain de laisser entrevoir sa vulnérabilité, sa fragilité psychique à quelqu'un dont il espère une aide, c'est la garantie du respect de son intimité. Les psychologues cliniciens sont-ils prêts à défendre ce droit à l'intimité ? Dans le secteur du psychisme, la transparence est une illusion !

La distinction santé somatique/santé mentale n'est pas aussi tranchée; les médecins sont eux aussi les dépositaires de données confidentielles qu'ils ne peuvent/veulent partager. Un pédiatre par exemple se demandait s'il allait, au sujet de son petit patient, partager un diagnostic qui perturberait ses relations sociales. Ce pédiatre a décidé de ne rien transcrire et l'enfant ne s'en est que mieux porté ! Les assistants sociaux et l'aide à la jeunesse nous rejoignent. Dans le soin du champ psychique, le droit à l'intimité par la confidentialité est un droit fondamental. Dans le champ du psychisme, la transparence n'est qu'une illusion.

Le ministre de la santé a raison, « *Le patient est indivisible ; les aspects ayant trait à la santé mentale et somatique sont intimement connectés.* ».

Ces « aspects intimement connectés » ne légitiment pas pour autant, l'objectivation du versant intime de la personne humaine dans un dossier patient informatisé -- trop partagé.

La méconnaissance du concept d'*intimité* et la méconnaissance de ce qu'est le soin psychique est préjudiciable et aux patients et aux praticiens. Le devoir de secret professionnel ne se limite pas au respect de la vie privée ; la deuxième finalité du secret professionnel ne peut être envoyée aux oubliettes.

Nous ne pouvons accepter cette menace contre *l'intégrité psychique* de ceux qui osent nous partager quelques pans de leur jardin privé. Nous ne pouvons laisser passer ce sabotage de notre outil de travail, la relation de confiance.⁴¹

Nous ne pouvons plus tergiverser ; seuls quelques articles de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé (art. 36 à 40) attendent encore les arrêtés d'application.

⁴¹ MONNOYE G. « Secret professionnel –et/ou - Continuité des soins par le dossier patient informatisé... et partagé, un conflit de valeurs. Journal du Droit des Jeunes. (JDJ) mai 2021.

→ Dans le soin du champ psychique, le droit à l'intimité par la confidentialité est un droit fondamental. Dans le champ du psychisme, la transparence n'est qu'une illusion.

Quelques principes juridiques⁴²

« *Se taire est le principe ; parler est l'exception* »

Avant d'être un droit, le respect du secret professionnel est un devoir ; le principe est de garder le secret. Le secret professionnel est une règle d'ordre public. Parler serait une des exceptions. Ces exceptions sont prévues par la loi. Dans le cadre de ces exceptions prévues par la loi, le professionnel apprécie s'il parle ou pas.

Les fondements de cette règle d'ordre public doivent être rappelés : Cette règle vise le respect de la vie privée des personnes concernées mais aussi l'accès aux soins et surtout la protection de la relation de confiance, notre outil de travail.

La Cour de cassation⁴³ et la cour Constitutionnelle⁴⁴ avaient encore récemment, insisté sur **la relation de confiance**, cette condition indispensable à nos professions, notre outil de travail : « *Seul ce lien de confiance permet au détenteur du secret professionnel d'apporter utilement une aide à la personne qui se confie à lui.* »

Sont reconnus **confidants nécessaires** les professionnels dont les missions, pour pouvoir être pratiquées supposent recevoir des confidences. La relation de confiance en est donc la condition *sine qua non*.

Le DPI trop partagé est un coup de canif au contrat qui permet à un être humain de laisser entrevoir sa vulnérabilité, sa fragilité psychique à quelqu'un dont il espère une aide.

Un amalgame insidieux a réduit le devoir de secret professionnel au seul respect de la vie privée. Qu'est devenue la protection de la relation de confiance ? Qu'est devenu le respect de l'intimité des personnes qui osent se confier à nous ?

Dans le soin de l'intime, le devoir de secret professionnel est la condition nécessaire et indispensable. C'est la relation de confiance qui autorise l'élaboration de l'intime.

« *Une loi du silence qui libère la parole* »⁴⁵

⁴² NOUWYNCK L. Procureur général honoraire. « Le secret professionnel en santé mentale. Principes et fondements. Quelles conséquences pour le dossier du patient ? » Exposé du 7 octobre 2021. Enregistrement et PowerPoint disponibles sur le site de la LBSM.

⁴³ Cass., 16 déc. 1992 *Pas.*, 1992, I, p.1390. et dans le même sens Cass, 2 juin 2010, R.G.P. 10.0247.F/1, ont rappelé *la nécessité d'assurer une entière sécurité à ceux qui doivent se confier à eux et de permettre à chacun d'obtenir les soins qu'exigent son état, quelle qu'en soit la cause.*

⁴⁴ C. const. 14 mars 2019 et 1^{er} avril 2021. *L'obligation de secret, imposée au dépositaire par le législateur vise à titre principal, à protéger le droit fondamental à la vie privée de la personne qui se confie, parfois dans ce qu'elle a de plus intime. Par ailleurs, le respect de secret professionnel est la condition sine qua non pour que s'instaure un lien de confiance entre le détenteur du secret et la personne qui se confie. Seul ce lien de confiance permet au détenteur du secret professionnel d'apporter utilement une aide à la personne qui se confie à lui.* » Cet arrêt de la cour constitutionnelle de 2019 est la réponse juridique apportée à l'inquiétude des assistants sociaux descendus récemment dans la rue scander « *Le silence a du sens* ».

⁴⁵ NOUWYNCK L. Procureur général honoraire. *Op. cit.*

La protection de l'intimité, quelques textes en guise de balises

Les futurs arrêtés d'application des articles 36 à 40 de la loi qualité ?

Afin de préserver cette intimité, plusieurs voix⁴⁶ se sont élevées :

1 — En 2002, la loi relative aux droits du patient rappelle ce droit fondamental: « *Le patient a droit à la protection de sa vie privée... Le patient a droit au respect de son **intimité**.* »

Lors de la consultation à l'Autorité de Protection des Données (APD), La loi *qualité* est dite compléter les principes garantis dans la loi *relative aux droits du patients* !

Concernant le secteur des soins psychiques, la loi *qualité*, ses exigences de contenu et son partage tous azimut va à l'encontre de l'intimité du patient. N'est-ce pas un argument à retenir ?

2 — En 2016, la Ligue des Droits Humains (LDH) avait devancé quelques arguments hostiles au devoir de secret professionnel. Elle dénonçait l'illusion de la transparence ! : « *Le secret professionnel n'est pas un obstacle au travail en réseau.* »

3 — En 2018, l'Autorité de Protection des Données (APD)⁴⁷ et ce à la demande du SPF santé met en lumière quelques recommandations qui s'avèrent pour nous évidentes et incontournables.

L'APD s'appuie sur la définition du *consentement* sous le RGPD ; le consentement est *une manifestation de volonté, libre, spécifique, éclairée et univoque, par laquelle la personne concernée accepte par une déclaration ou un acte positif clair, que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement* (art. 4.11 RGPD). *Le consentement n'est pas considéré comme valable s'il est donné par défaut (par exemple, au moyen de cases pré-cochées).*

Le consentement éclairé et sa définition n'ont donc rien à voir avec une lecture de la puce de la carte d'identité.

« *Le consentement éclairé est requis d'une part **lors de l'encodage** des données et d'autre part lors de l'**autorisation** des accès.*»

L'APD affirme que « l'accès au dossier se doit d'être **par défaut fermé et segmenté** à l'attention de chaque praticien de la santé et qu'il est important de permettre au patient **d'exercer à la source son droit à la rectification et à l'effacement** des données insérées ou non dans le dossier électronique.

⁴⁶ Les passages transcrits ne sont pas exhaustifs ; ils visent à susciter l'envie d'approfondir les textes cités. Et ils pourraient être des arguments à retenir en vue d'une *défense plus précise de la protection de l'intimité* !

⁴⁷ Autorité de Protection des données.

- Avis n° 100/2018 du 26 septembre 2018 relatif à l'avant-projet de loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé

En 2019, l'avis de l'autorité de Protection des Données (APD)⁴⁸ est demandé au sujet des art. 36 à 40 de la loi qualité concernant l'accès aux données de santé . Puisqu'il s'agit des articles de la loi qualité en attente des arrêtés d'application, un avis juridique serait certainement bienvenu.

Par son § n° 12, l'APD fait remarquer que *les conditions d'accès aux dossiers s'inspirent des conditions associées à la forme juridique du secret professionnel partagé⁴⁹ à la différence certes que dans la loi du 22 avril 2019, la notion de soin de santé est définie de manière très large, alors que le secret professionnel partagé semble toutefois limité au partage de secrets/informations nécessaires à la prestation et uniquement dans l'intérêt du patient concerné.*

Il n'y a aucune indication de la durée d'une relation thérapeutique ; combien de temps dure-t-elle après le contact/la consultation avec le patient ?

L'APD conclut qu'« **un encadrement/limitation supplémentaire du droit d'accès par un professionnel des soins de santé aux données tenues à jour et conservées par un autre professionnel des soins de santé s'impose, quoiqu'il en soit, tant dans des arrêtés d'exécution à prendre que dans la mise en application de ceux-ci sur le terrain** ».

Le RGPD est clair : « Les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues et traitées. »⁵⁰.

La durée du partage ne peut excéder la finalité de ce partage.

Que propose l'APD concernant le droit à l'oubli. ?

Le 8 juillet 2021, L'APD remettait un avis⁵¹ concernant un avant-projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé. Cette loi fut votée dès décembre 2021, en catastrophe.

4 — La section n° 13 du Conseil Supérieur des indépendants et des Petites et Moyennes Entreprises (CSIPME)⁵² proposait le 20 juillet 2021, à tous les ministres compétents, un débat :« *Il y a des préoccupations importantes quant à la confidentialité des données de santé. Il s'agit notamment mais pas exclusivement des données de santé mentale. Il importe que certaines informations puissent être protégées. Il faut relever toutefois des situations où le fait de ne pas partager des informations peut entraîner des inconvénients importants pour le patient. Cette contradiction apparente ne doit pas conduire à un choix entre deux extrêmes, mais au contraire, donner lieu, d'une part à un débat approfondi sur le cadre réglementaire et d'autre part, à l'issue de ce débat, à un cadre réglementaire qui laisse un niveau de liberté nécessaire pour traiter de manière appropriée des situations très diverses et parfois très complexes, dans l'intérêt du patient.*

⁴⁸ Avis DOS-2019-04611 <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/publications/note-sur-le-traitement-de-donnees-provenant-de-dossiers-de-patients.pdf>

⁴⁹Code de déontologie du psychologue. Art. 14. Les psychologues n'ont pas attendu 2019 et la loi qualité pour partager les données pertinentes indispensables à la continuité des soins. C'est le psychologue qui en relation avec la personne prend la responsabilité de ce partage.

⁵⁰ RGPD. art. 5.1 b-c.

⁵¹ Avis n° 122/2021 du 8 juillet 2021

⁵² Avis du Conseil Supérieur des Indépendants - Petites et Moyennes Entreprises. Le 20 juillet 2021

... Le travail des professionnels de la santé mentale est basé sur la confiance. La relation thérapeutique avec le patient exige que le patient puisse avoir confiance quant au fait que toutes les informations confiées au thérapeute soient traitées de manière confidentielle. Le secret professionnel a pour but de protéger la vie privée du patient, l'accès aux soins et la relation de confiance avec le patient. »

De plus, cet avis du CSIPME insiste sur le respect de la vie privée des tiers et nous introduit à la complexité des situations concernant les mineurs.

Le CSIPME demandait le 20 juillet 21, aux différents ministres concernés, « *plus d'informations, plus de transparence et une consultation approfondie et large avec tous les secteurs concernés sur les modalités de tenue du DPI et de partage des données de santé* ». A ce jour, le courrier est resté sans réponse.

5 — Ce 22 février, le président de la Compsy., Me Joris LAGROU rappelait la responsabilité du psychologue dans le respect de ses obligations déontologiques. Il insiste sur l'exigence des cinq règles cumulées autorisant le partage du secret professionnel. Il convoque aussi les droits fondamentaux ainsi que le RGPD.

La protection de l'intimité, quelques interventions récentes !

Le docteur Jacques de TOEUF⁵³, Président du Comité de gestion de la plateforme eHealth, tire lui aussi la sonnette d'alarme. La relation de confiance, cet outil de travail est gauchi, si pas vicié. « *Ouvrir l'accès à tous aura en outre pour conséquences que le Sumerh sera expurgé par le médecin de nombreuses données sensibles et que le patient ne confiera pas tout à son médecin... Quel progrès, l'outil partagé sera vidé de sa substance !* ».

En janvier 2022, la Ligue Bruxelloise de la Santé Mentale (LBSM) publie une carte Blanche⁵⁴ décrivant l'insécurité informatique. Elle se fait le porte-parole du patient : « *Bien que tout le monde dise respecter le RGPD. ...on instaure un système qui prône l'accord du patient par défaut. ...Ce système induit un renversement de la logique de consentement : c'est ce qu'on appelle la logique du Opt out : tout ce qui n'est pas interdit explicitement est permis. ... En matière de santé mentale, ces données revêtent un caractère doublement sensible : d'une part les diagnostics posés sont des hypothèses plus que des faits ; d'autre part, les données peuvent recouvrir le ressenti des personnes et parfois leurs secrets les plus intimes* ».

La spécificité de la santé mentale

Lors de la rencontre d'un sujet en souffrance psychique et/ou relationnelle, le pacte qui permet à un être humain de laisser entrevoir sa vulnérabilité, à quelqu'un dont il espère une aide, c'est la garantie du respect de son **intimité**.

Comment oser stocker des données personnelles intimes pendant 30 à 50 ans ?

⁵³ Jacques de TOEUF, Tribune libre. Paru dans *le spécialiste*, N° 185, le 22-12-2021.

⁵⁴ Carte Blanche Site de la LBSM février 2021

Comment oser noter des données intimes concernant les ascendants, les collatéraux, et autres tiers ? Que devient le respect de la vie privée des tiers ?

D'après le RGPD, la durée du partage ne peut dépasser sa finalité !

L'intimité est un sentiment très personnel, son intensité est variable

Dans le secteur de la santé mentale, la diversité des êtres humains entraîne une diversité des pratiques :

1°- De temps à autre est nécessaire une aide à la demande d'aide, un coup de pouce financier et/ou le conseil d'un médecin généraliste. Ces patients n'auraient peut-être pas consulté si les réseaux n'avaient pas existés.

Quelques fois un filet thérapeutique, une prise en charge par plusieurs professionnels, une thérapie institutionnelle ou des soins à domicile sont indispensables et nécessitent un partage (limité) de données confidentielles pertinentes.

Les services Sos enfant ne fonctionnent qu'en raison de cette confidentialité assurée. Ce n'est qu'au cas par cas que certaines données confidentielles et pertinentes seront transmises afin d'assurer la sécurité de l'enfant.

Le sentiment d'intimité est fonction de la singularité de chaque situation.

2°- De temps à autre, des patients se risquent dans des zones plus intimes de leur vie personnelle, zones qu'ils ne soupçonnaient peut-être même pas. Et ceux-là exigeront alors une confidentialité à toute épreuve. Leur intimité ne pourrait rejoindre le DPI.

3°- Quelques fois d'emblée, des personnes prennent le risque d'aborder des coins de leur jardin secret, des pans de leur intimité. Elles se sentent confortées par la membrane protectrice qu'est le devoir de secret professionnel. Cette intimité ne peut rejoindre le DPI

4°- D'autres encore ne consulteront que sous couvert de l'anonymat. Leur intimité ne peut rejoindre le DPI.

5°- D'autres encore **renonceront à une demande de soins psychologiques**, par crainte de voir divulguer leur intimité, tous azimuts, dans une tuyauterie informatique peu fiable dont les accès ne sont pas fermés par défaut.

Aujourd'hui l'éventail de nos pratiques diversifiées se referme sur un *tout au réseau* entraînant un partage informatisé et standardisé de données personnelles confidentielles .

C'est oublier qu'en plus, dans le secteur de la santé mentale, tous les patients ne sont pas des malades. La santé psychique relève du champ psycho-social. Pourquoi médicaliser des épreuves de vie, des situations de pertes et de deuils, des situations existentielles ou relationnelles, des problèmes d'insécurité et d'angoisse ? Pourquoi objectiver et partager dans un dossier informatisé des questionnements personnels, conjugaux, familiaux, professionnels...?

Dans le secteur de la santé mentale, la demande de consultation et le symptôme sont labiles. Le symptôme invoqué peut n'être qu'une aide à passer la porte d'un praticien, le SOS d'un enfant dans une situation familiale conflictuelle., etc.

Le diagnostic fossilisera le processus de soins et ankylosera le trajet vers la santé.

Inscrit de manière indélébile, ce diagnostic n'aurait-il pas aussi une incidence sur le décours de chaque existence ? Nous ne pouvons fermer l'avenir par des pronostics catégoriques. Ces diagnostics ne risquent-ils pas de marginaliser plus encore certaines personnes ? Une lourde

dépression adolescente, par exemple, ne sera-t-elle pas épinglée, par après, lors d'une sélection professionnelle ? Ne servira-t-elle pas d'alibi au non-versement d'indemnités liées à un accident bien ultérieur ? Combien sont judicieux les patients et les parents de patients qui interrogent notre conviction par rapport à l'usage du dossier informatisé !

Ces données personnelles intimes ne peuvent être stockées pendant 30 à 50 ans dans le PDI trop partagé !

Le soin en santé mentale est un processus intersubjectif. La parole dans les entretiens psychologiques est rarement communication ; elle est plus souvent du registre de l'élaboration de l'intime. L'écoute engagée dans la confidentialité accueillera la complexité des difficultés psychiques et ouvrira un espace afin de penser cette intimité blessée et cette vie relationnelle en difficulté.

Le Conseil Supérieur de la Santé⁵⁵ confirme lui aussi la différence de paradigme entre la santé somatique et la santé mentale. Il souligne l'importance du rapport au réseau social et réévalue l'utilité du diagnostic qui véhicule peu ou prou un pronostic et en corollaire, un destin. « Dans quelle mesure un diagnostic est-il stigmatisant ou, au contraire, aide-t-il l'individu à affronter ou à se remettre de ses problèmes ? (...) La description initialement exacte d'un problème mental peut être invalidée par la suite si la personne change en réaction à la description dont elle est l'objet. » Un patient pourrait s'identifier aux caractéristiques du diagnostic ; il pourrait même en légitimer quelques comportements, un comportement suicidaire par exemple.

→ La protection de l'intimité de la personne dépendra de chaque situation singulière.

Et la psychothérapie d'inspiration psychanalytique ?

« Le plus court chemin de soi à soi passe par autrui »⁵⁶. Un crochet par les philosophes nous aidera à transmettre l'essence de nos pratiques. Nous sommes cet autrui qui accompagne ce cheminement de la personne vers le plus intime de son intimité. Cette parole-élaboration, cette tentative de mise en mot, d'élaboration du plus intime, ne peut rejoindre les données confidentielles objectivables partageables dans le dossier patient informatisé.

Nous sommes ce *porteur de soi à soi*, responsable (dans le sens de répondre de) de l'intimité psychique de celui qui se confie à lui. Quel est le « métier » indispensable à notre pratique, à notre métier de tisserand de paroles ? Quel cadre autorisera le processus de soins psychique ?

Notre cadre de travail se construit à l'aide de deux matériaux incontournables : la confidentialité et l'engagement. Nous engageons notre responsabilité de psychothérapeute, nous qui tissons la parole, dans la confidentialité, quel que soit le média utilisé.

⁵⁵ Conseil Supérieur de la Santé « DSM (5). Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale » CSS n° 9360. Juin 2019.

⁵⁶ RICOEUR P. Philosophe.1913 - 2005

L'intimité psychique menacée

Actuellement, le *tout au réseau* referme l'éventail de nos pratiques diversifiées. Actuellement, les signaux deviennent ambigus. Certaines règles se déportent de l'intérêt du patient et d'autres subvertissent les conditions cumulées autorisant le partage des données confidentielles telles que stipulées dans nos codes de déontologie.

Les deux ingrédients de nos pratiques sont attaqués. Que devient la confidentialité indispensable et que devient l'engagement du praticien ? Ce flou pourrait menacer l'intégrité psychique du patient mais aussi l'intégrité de la relation psychothérapeutique.

En guise de conclusion

L'extrait de l'entretien donné au journal *Le soir* par Monsieur Vandebroucke est consternant. L'extrait du billet d'humeur du docteur de Toeuf servira de première réplique : *Le Sumerh sera expurgé par le médecin de nombreuses données sensibles et le patient ne confiera pas tout à son médecin... Quel progrès, l'outil partagé sera vidé de sa substance !* »

Le paradigme du secteur psychique de la santé est notre deuxième argument.

Dans le soin du psychisme, le droit à l'intimité par la confidentialité est un droit fondamental. Dans le champ du psychisme, la transparence n'est qu'une illusion.

Dans ce champ la relation de confiance est la condition sine qua non de nos pratiques, elle est aussi facteur d'accessibilité aux soins (accessibilité non pas pécuniaire mais psychique). Le psychologue clinicien endosse la responsabilité de « confident nécessaire ».

Les données intimes et subjectives doivent être différenciées des données confidentielles, objectivables. L'intimité n'est pas partageable !

Les arrêtés d'application des art.36 à 40 de la loi qualité prendront-ils en compte les recommandations de l'APD, l'avis du président de la Compsy et celui du CSIPME, sans oublier les avis des associations de patients ?

Les arrêtés d'application s'attarderont-ils à la spécificité du champ psychique de la santé ? Prendront-ils en compte l'expertise de tous ces professionnels de la santé mentale ?

Ces arrêtés d'application prendront-ils *soin du soin de l'intime dans une relation de confiance*? Comment protéger la relation de confiance, cette condition indispensable au soin de cette intimité blessée, comment aider au mieux le patient qui ose (encore) nous confier une partie de son intimité ? Comment aider au mieux les professionnels de la santé, ces confidentiels nécessaires ?

Le soin psychique est quasi exclusivement un soin de l'intime ; la première des qualités de la pratique des soins psychiques est la **CONFIDENTIALITÉ**.

28 février 2022

Geneviève Monnoye

Comité éthique et déontologie de l'APPPsy

Comité de Vigilance en Santé Mentale (CVGGz)

À propos du dossier DPI-SM

Une mise-au-point d'APPELpsy à propos du dossier personnel informatisé en santé mentale

1. Dans le point " loi qualité et RGDP", nous proposons de rappeler ceci:

"La mise en danger du secret professionnel porte atteinte à la confiance nécessaire à la qualité des soins de santé. La finalité du secret professionnel est de rendre les soins accessibles à tous. Si le patient ne se sent pas en confiance, il ne consultera pas ou ne donnera pas toutes les informations nécessaires au professionnel pour le soigner correctement.

En ce sens, si une extrême prudence d'est pas de mise concernant le respect du consentement et les conditions de partage, la Loi qualité pourrait porter atteinte à ce qu'elle prétend favoriser. "

2. Dans le point "données personnelles", pourquoi ne pas rajouter ce que Geneviève avait souligné concernant le droit à l'oubli et la longueur de conservation : *quelle est l'utilité de conserver les données entre 30 et 50 ans ? D'autres données moins sensibles se voient obtenir un délai de 10 ans.*

3. Concernant les enfants et l'accès aux données, pour quoi ne pas donner des exemples, que les personnes qui lisent le dossier comprennent bien les enjeux?

Proposition: Concernant les enfants et les adolescents : les parents, étant les gestionnaires du dossier numérisé de leurs enfants, auront-ils un droit d'accès à leur dossier, donc aux informations encodées par un psychologue consulté? Dans ce cas, un adolescent de 16 ans ne pourrait donc plus consulter sans que son/ses parent(s) ne soi(en)t au courant et pourrait donc renoncer aux soins. Comment un enfant peut-il parler des difficultés qu'il vit avec ses parents alors que ceux-ci ont accès à son dossier ? Comment parler de violences intrafamiliales, sexuelles, etc... ? Quid en cas de séparation litigieuse entre les parents ?

4. Question des biais et des erreurs: il existe aussi un grand risque de se baser sur des informations partielles ou erronées, c'est-à-dire que les décisions médicales risquent de se prendre sur de mauvaises informations pour deux raisons au moins:

- Les professionnels de la santé ne sont pas immunisés contre les préjugés et des études démontrent que les patients avec des pathologies psychiatriques sont moins bien pris en charge au niveau des urgences somatiques que d'autre patients avec un profil « normal ». Le fait d'être incité à encoder un diagnostic ne va-t'il pas pousser les professionnels à en poser même quand cela n'est pas nécessaire ? Prenons l'exemple d'un patient qui se pose des questions sur sa consommation d'alcool quotidienne. Le psychologue ne serait-il pas porté à encoder à la case « diagnostic » ou « raison de consulter » le diagnostic « alcoolisme » ? Le scénario ne semble pas si improbable et les conséquences peuvent en être désastreuses pour le patient et pour la relation thérapeutique.

- La littérature scientifique (par exemple: <https://www.researchgate.net/publication/229579646> *Quantitative science and the definition of measurement in Psychology*) nous montre qu'il existe toujours des biais de conception et biais d'encodage. Premièrement, le simple fait de la conception d'un outil de récolte de données (le choix des données demandées, etc...) a une influence sur celui qui encode, le processus de soins et sur la manière dont le patient va être considéré. Deuxièmement, on sait aussi que la subjectivité du thérapeute va influencer le contenu du dossier. Par exemple, tous les psychologues ne vont pas donner le même diagnostic au même patient. Ce n'est pas un problème quand le diagnostic est une hypothèse de travail pour le thérapeute. Cela s'avère par contre beaucoup plus problématique quand le diagnostic devient une donnée numérisée, potentiellement partagée et pire, utilisée par un autre professionnel pour évaluer sa situation.

De plus, le professionnel est conscient que le partage des données qu'il encode, s'il n'est pas autorisé par le patient à un moment A, pourrait bien l'être à un moment B. Il est raisonnable de penser que cela va influencer, pour des raisons de prudence, le type de contenu qu'il joindra au DPI. Comment en plus anticiper l'interprétation qui sera faite par d'autres professionnels, que le psychologue ne connaît pas forcément, de données liées à l'intimité psychique du patient ? Les orientations de soins risquent de se prendre sur des informations partielles et différemment interprétables.

Au vu du nombre de biais possibles, de la spécificité des données liées au psychisme, nous nous posons des questions sur la qualité même des données récoltées, et donc sur la valeur-ajoutée du DPI pour la qualité des soins en santé mentale ainsi que sur l'amélioration du partage des informations entre professionnels.

Voici ce que nous avons pensé intéressant à ajouter à ce dossier pour compléter les enjeux et questions posées par le DPI.

Hélène Coppens

Association des praticiens de la parole et du langage (APPELpsy)

COMITÉ DE VIGILANCE POUR LA SANTÉ MENTALE

DOCUMENT CE TRAVAIL

LE COMITÉ REGROUPE DES MEMBRES DE L'APPPSY ET D'AUTRES ASSOCIATIONS DE PRATICIENS DE LA SANTÉ MENTALE CONCERNÉES PAR LES NOUVELLES RÉGLEMENTATIONS



INTRODUCTION

L'article 33 de la Loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé⁵⁷ précise les exigences relatives au dossier du patient, et indique également que celui-ci doit être électronique. Le CVsm-CVggz a examiné ces exigences et s'est demandé ce que cela signifiait pour la pratique des soins de santé mentale.

LE DOSSIER ÉLECTRONIQUE DU PATIENT VERSUS LE DOSSIER MÉDICAL GLOBAL (DMG) ?

Le dossier médical global⁵⁸ est réglementé par un arrêté royal du 26 janvier 2017, et est censé contenir les données suivantes : données administratives, antécédents médicaux, problèmes, rapports d'autres prestataires de soins de santé, traitements chroniques, mesures préventives concernant le mode de vie, l'activité physique, le tabac ou l'alcool, maladies cardiovasculaires, tests de prévention du cancer, vaccinations, mesures biologiques, détection de la dépression et soins bucco-dentaires.

Le DMG est géré par le médecin généraliste, qui est désigné par le patient. Si le médecin travaille dans un cabinet de groupe, le dossier est accessible à tous les médecins du cabinet de groupe, sauf si le patient a exclu un médecin en particulier. En fait, il ne s'agit pas d'un dossier distinct, il contient des éléments du dossier du patient tel que défini par la Loi de qualité.

Le patient a toujours le droit de refuser un DMG, et il a également le droit de choisir son médecin. Mais le patient n'a pas le droit de faire supprimer les données personnelles ou de santé pertinentes du dossier.

Un autre médecin ne peut consulter le DMG que si le patient y consent. Il peut vérifier l'existence d'un DMG, mais l'Ordre des médecins le déconseille en cas de "circonstances

⁵⁷ https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2019042220&table_name=loi

⁵⁸ <https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/keuze-vrije-artsen/globaal-medisch-dossier-gmd-regelgeving-en-beheer>

instables", c'est-à-dire si le médecin consulté n'est pas sûr que le patient souhaite un DMG ou qu'il le conservera comme médecin traitant.

Il existe également une version résumée de ce DMG à laquelle d'autres médecins peuvent avoir accès, le cas échéant, si le patient a donné son consentement préalable au partage de ces données. Ce Sumehr comprend les données d'identité, les coordonnées d'urgence, les facteurs de risque, les antécédents médicaux, les problèmes actuels, les vaccinations et les médicaments.

Dans un avis sur la Loi de qualité⁵⁹, le SPD a demandé que soit précisée la distinction entre ce dossier médical global et le dossier du patient que le prestataire de soins est tenu de conserver sous forme électronique en vertu de cette loi. Selon *l'Exposé des motifs*, l'intention est qu'une telle généralisation est nécessaire en vue de la continuité des soins. Il est également mentionné que le DMG évoluerait vers un dossier patient : " *Enfin, il est prévu que le Dossier Médical Global, actuellement développé dans le cadre de l'Assurance Maladie-Invalidité, évolue vers un dossier patient tel que visé dans cet article.*" ⁶⁰

Pour l'instant, il semble donc s'agir de deux formes différentes de dossiers, le passage de l'une (le DPI) à l'autre (le DMG) étant envisagé.

Compte tenu de cette clause et du fait que la loi mentionne un dossier électronique du patient qui pourra être partagé en cas de besoin, il me semble que l'on peut supposer un dossier patient standardisé, dont la conception spécifique sera imposée par le gouvernement et dont la possibilité de consultation en ligne est prévue : " *L'évolution vers un dossier électronique du patient est en effet nécessaire et cruciale pour un partage facile, rapide et sécurisé des informations relatives à la santé du patient* ".

Un partage qui est très utile pour les soins somatiques, mais pas toujours pour les soins mentaux. Tout traitement dans le domaine de la santé mentale est façonné par la relation avec le soignant, qui déterminera également la façon d'être du patient et la forme du traitement.

→ **La question est donc de savoir si le transfert d'un dossier dans lequel beaucoup de données sont interprétées (voir ci-dessous) est utile ou nuisible. Cela ne devrait-il pas être décidé au cas par cas ? Et pouvons-nous soutenir cela légalement ?**

En ce qui concerne le dossier électronique du patient, deux questions se posent :

1. Que signifie le stockage de ces informations sensibles sous forme électronique, tant en termes d'effet sur le patient que de sécurité des informations ?

Nous savons que la rédaction d'un rapport n'est pas sans effets sur la personne qu'il concerne. Le Conseil Supérieur de la santé a déjà prévenu qu'il valait mieux utiliser un diagnostic avec parcimonie, car dans certains cas, il a des effets plus néfastes que bénéfiques.⁶¹ Toutes les informations obtenues dans le cadre d'un processus psychologique/thérapeutique sont

⁵⁹ <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/publications/advies-nr.-100-2018.pdf>

⁶⁰ <https://www.asgb.be/sites/default/files/2019-04/54-3441001-MVT%20Kwaliteitswet.pdf>

⁶¹ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9360_dsm5.pdf

subjectives, et le fait d'écrire ces informations a parfois ou souvent un effet objectivant, de sorte que les patients continuent à s'identifier à une situation qui est pourtant plutôt limitée dans le temps. Par conséquent, le rapport constitue davantage un obstacle qu'un soutien à un processus thérapeutique visant à parvenir à une manière différente d'aborder la situation décrite.

En outre, un rapport sur la situation actuelle des patients peut parfois être trop conflictuel lorsque, par exemple, tous les problèmes auxquels ils sont confrontés sont énumérés simultanément. Dans ce cas, l'énumération des problèmes a des effets néfastes plutôt que bénéfiques.

Il y a aussi l'épineuse question du droit d'accès des personnes autorisées, par exemple des parents envers leurs enfants. Comment un enfant peut-il parler des difficultés qu'il vit avec ses parents alors que ceux-ci ont accès à son dossier ? Comment parler de violences intrafamiliales, sexuelles, etc... ? Quid en cas de séparation litigieuse entre les parents ? Les parents, étant les gestionnaires du dossier numérisé de leurs enfants, auront-ils un droit d'accès à leur dossier, donc aux informations encodées par un psychologue consulté ? Dans ce cas, un adolescent de 16 ans ne pourrait donc plus consulter sans que son/ses parent(s) ne soi(en)t au courant et pourrait donc renoncer aux soins.

→ **Pouvons-nous, d'une manière ou d'une autre, faire valoir et justifier juridiquement ou scientifiquement que nous devons être très économes et prudents lorsque nous écrivons des informations sur le patient et sur un processus thérapeutique parce que, contrairement aux soins de santé somatiques, cela n'apporte pas toujours une valeur ajoutée et est parfois même nuisible ?**

La Loi de qualité fait référence à la loi sur les droits des patients, et plus précisément au "*droit à un dossier de patient soigneusement conservé et sécurisé*". De nombreux articles de presse montrent que, lorsqu'un dossier est partagé en ligne, ce "stockage sécurisé" n'est pas et ne peut pas être garanti.⁶²

→ **Pouvons-nous faire comprendre (légalement) que la sécurité est insuffisante pour le stockage en ligne d'informations qui nous sont parfois confiées avec beaucoup de difficulté, et que c'est une mise en garde suffisante pour ne le faire que dans une mesure limitée ?**

2. Quand cette information peut-elle être partagée, selon la législation qui la régit ?

Dans le raisonnement de la Loi de qualité, on distingue deux situations dans lesquelles les données d'un dossier doivent être partagées avec d'autres professionnels de la santé :

- Lorsque différents professionnels de la santé travaillent ensemble.

⁶² <https://www.vlaamsartsensyndicaat.be/nieuwsbericht/bvas-vraagt-opheldering-over-online-platform-helena>
<https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5271859/ggd-datalek-corona-vaccinatie-megaclaim-schadevergoeding>
<https://www.icthealth.nl/nieuws/cbs-relatief-veel-datalekken-in-gezondheidszorg/>
<https://smarthealth.live/2019/09/25/de-meeste-meldingen-van-datalekken-afkomstig-uit-de-zorg/>
<https://www.trouw.nl/nieuws/datalek-bij-drie-ziekenhuizen~bff7ea1f/>

- Lorsque, dans un cas de crise aiguë, des informations supplémentaires seraient nécessaires.

a) Coopération avec d'autres prestataires de soins de santé

Rapport au médecin généraliste

Dans le domaine des soins psychologiques, un grand nombre de patients choisissent consciemment de ne pas consulter un psychologue par l'intermédiaire de leur médecin généraliste, et de séparer la composante psychologique de la composante soins somatiques. Il est important que cette possibilité subsiste, conformément à l'importance du secret professionnel en tant que droit public.

Si la Loi de qualité veut vraiment offrir des soins axés sur le patient⁶³, il nous semble évident que la loi devrait respecter cette demande. L'avis de SPD mentionne explicitement le principe du consentement préalable comme condition à tout échange de données de santé.⁶⁴ Ce consentement doit être donné activement, et ne peut être donné par le biais de cases pré-cochées, et ce pour chaque prestataire de soins de santé qui est censé remplir le dossier. Même lorsque le patient a donné son consentement préalable pour un dossier médical global, il peut choisir de ne pas envoyer certaines données au médecin qui gère ce dossier.

Le SPD fait également référence à la possibilité d'effacer les données de ce dossier électronique.

D'après ce que nous comprenons, la législation actuelle sur le DMG prévoit que le patient peut refuser que les informations relatives à un traitement auprès d'un prestataire de soins particulier soient transmises au médecin généraliste. Nous savons par expérience qu'au sein des conventions de soins psychologiques, cette possibilité de refus est toujours négligée. Avec le APD, nous plaidons pour que cette possibilité de refus reste fondamentalement nécessaire à la confiance dans un processus psychologique ou psychothérapeutique.

- **Le patient aura-t-il toujours la possibilité de consulter anonymement, une fois que la loi sur la qualité sera obligatoire ? Cette obligation de créer un dossier patient ne porte-t-elle pas atteinte à la confiance dans notre profession ? Peut-on soutenir juridiquement que la possibilité de consulter anonymement reste nécessaire ?**
- **Est-il vrai que ce refus de transmettre des informations au DMG est toujours possible, maintenant que l'exigence du DPI dans la Loi de qualité est entrée en vigueur ? Sur quoi pouvons-nous légalement nous baser ?**

Loi de qualité et RGPD ?

La loi RGPD exige explicitement que, lorsque des informations sont stockées, la finalité de ce stockage doit être connue à l'avance⁶⁵ : " *Il n'est donc pas approprié de collecter d'abord des*

⁶³ "Kwaliteitsvolle verstrekkingen zijn verstrekkingen die patiënt-gestuurd, effectief, efficiënt, tijdig, billijk en veilig zijn" <https://www.asgb.be/sites/default/files/2019-04/54-3441001-MVT%20Kwaliteitswet.pdf>

⁶⁴ <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/publications/advies-nr.-100-2018.pdf> , p 5

⁶⁵ "de welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden van de verwerkingen van persoonsgegevens" (...) de categorieën van bestemmingen van de persoonsgegevens, evenals de omstandigheden waarin en de redenen waarom de gegevens worden verstrekt."

<https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/publications/advies-nr.-122-2021.pdf> , p. 5

données à caractère personnel (y compris, dans ce cas, des données de santé sensibles) et d'envisager ensuite ce qui pourrait être fait avec leur traitement ".

Dans son avis, le APD soulève la question de savoir ce qu'il convient de faire, en ce qui concerne le passage d'un dossier patient électronique à un DMG, avec les données qui étaient connues au préalable. Le patient peut-il refuser ou autoriser la mise à disposition de données de santé antérieures à la création du dossier médical partagé ? ⁶⁶

En bref, lorsque les patients donnent leur consentement à un moment donné, savent-ils qui pourra accéder à ces données à une date ultérieure ? Le récent projet de loi du ministre fédéral de l'économie, Pierre-Yves Dermagne, demandant l'accès aux données de santé par les compagnies d'assurance, montre très concrètement que nous ne pouvons pas supposer que l'accès à ces bases de données restera inchangé et que les patients peuvent s'y fier en toute confiance. L'hypothèse selon laquelle un patient est toujours suffisamment informé pour exclure l'accès de certains professionnels de la santé semble totalement irréaliste à cet égard.

La mise en danger du secret professionnel porte atteinte à la confiance nécessaire à la qualité des soins de santé. La finalité du secret professionnel est de rendre les soins accessibles à tous. Si le patient ne se sent pas en confiance, il ne consultera pas ou ne donnera pas toutes les informations nécessaires au professionnel pour le soigner correctement.

En ce sens, si une extrême prudence d'est pas de mise concernant le respect du consentement et les conditions de partage, la Loi qualité pourrait porter atteinte à ce qu'elle prétend favoriser.

→ **Peut-on prouver juridiquement qu'un tel système n'offre pas une garantie suffisante au patient que les informations qu'il ne souhaite pas voir divulguées à d'autres professionnels de la santé resteront secrètes ? Que ce manque de garantie peut être un obstacle à l'accessibilité des soins de santé mentale ? Les conseils de l'APD peuvent-ils nous y aider ?**

La loi de la qualité contre le code déontologique

Pour nous, le besoin de coopération avec d'autres soignants est évident au vu des problèmes et du déroulement du processus thérapeutique lui-même. Dans ce contexte, le code déontologique du professionnel concerné reste une ligne directrice pour la décision de partager des informations :

Le code de déontologie des psychologues (article 14)⁶⁷ indique que des informations peuvent être partagées dans le cadre d'une coopération dans les conditions suivantes :

- Le client a été informé à l'avance.
- Le client accepte le partage d'informations.
- Les données ne sont échangées que lorsque cela est dans l'intérêt du client.
- La personne avec laquelle les données sont échangées est également soumise au secret professionnel.
- La personne avec laquelle les données sont échangées agit dans le cadre de la même mission.

⁶⁶ <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/publications/advies-nr.-100-2018.pdf> , p. 11

⁶⁷ <https://www.compsy.be/fr/sp-partage>

Un tel cadre, qui fournit au patient et au psychologue une démarcation claire pour le partage des données, offre une protection contre la pression qui est parfois exercée, de la part des acteurs impliqués dans l'environnement, pour échanger des informations, bref une protection du secret professionnel en tant que droit public.

Bien entendu, cela n'enlève rien à l'importance de la coopération multidisciplinaire, d'autant plus que les soins deviennent plus complexes. **Compte tenu de nos remarques préliminaires sur les effets néfastes possibles des comptes rendus sur le processus thérapeutique, nous préconisons de faciliter le dialogue oral, le cas échéant, pour favoriser les erreurs d'interprétation et une meilleure coordination entre prestataires de soins et entre prestataires de soins et patients.**

La loi sur la qualité semble définir la possibilité de partager l'information de manière plus large. "*Seul le professionnel de santé qui entretient une relation thérapeutique avec le patient a accès aux données de santé de ce dernier*". L'amélioration des soins de santé est formulée de manière très générale comme un objectif : s'agit-il d'une relation thérapeutique où les deux professionnels de santé sont impliqués dans le même but thérapeutique ? Il s'agit d'un point essentiel lorsqu'il s'agit de soins de santé mentale, car dans de nombreux cas, le partage d'informations sur le traitement psychologique n'est pas nécessaire pour améliorer le traitement somatique. En ce sens, nous considérons que cet accès plus large est disproportionné, ce qui est néanmoins une condition pour partager des informations aussi sensibles.

En outre, cet accès plus large pose des problèmes aux psychologues et éventuellement à d'autres professionnels, car il est contraire au code de déontologie.

→ **Pouvons-nous faire en sorte qu'il soit juridiquement clair que la loi sur la qualité contredit notre code d'éthique et l'exigence de proportionnalité du RGPD dans le partage des informations ?**

b) Les urgences

La Loi de qualité prévoit la possibilité d'accéder à un dossier médical, sans le consentement de la personne concernée, dans les cas d'urgence.

Art. 39. "Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant au consentement du patient concernant l'accès du professionnel des soins de santé aux données à caractère personnel relatives à la santé du patient, le professionnel des soins de santé, en vue de dispenser les soins de santé nécessaires dans l'intérêt du patient, a accès aux données visées dans le respect des conditions visées aux articles 37 et 38."

Le Code pénal, quant à lui, prévoit la possibilité d'accéder aux informations lorsqu'une situation de nécessité concerne l'intégrité ou la sécurité du patient ou de tiers. Il appartient au professionnel de santé, dans ce cas, d'évaluer quelles informations doivent être partagées afin de garantir cette sécurité, et si c'est la seule façon de le faire.

Nous notons que le Code pénal définit les circonstances de l'accès par un tiers de manière beaucoup plus stricte, et place la responsabilité du partage de l'information sur le prestataire

de soin lui-même⁶⁸. Certainement lorsqu'il s'agit de données très sensibles (voir point 3), la formulation, telle qu'elle est maintenant prévue dans la Loi de qualité, peut porter gravement atteinte au secret professionnel comme condition de la pratique psychologique. Après tout, beaucoup choisiront de dissimuler des informations plutôt que de courir le risque que, en cas de crise, ces informations soient consultées par un prestataire de soins qui n'en a pas reçu l'autorisation.

La question se pose également de savoir quelles informations, dans les moments d'"urgence", favoriseront la sécurité du patient ou de l'environnement. L'octroi de l'accès à l'ensemble du dossier est-il proportionné à l'objectif visé ? Que signifie "une urgence" ? Se faire une idée des problèmes mentaux ne se fait pas en quelques mots ; a-t-on le temps, lors d'une urgence, de chercher les informations supposées nécessaires dans le dossier ? Il nous semble plus probable qu'il suffit de savoir que d'autres professionnels de la santé, y compris des professionnels de la santé mentale, sont impliqués et peuvent être appelés à l'aide. Limiter l'identification au(x) professionnel(s) de santé concerné(s) nous semble, là encore sous réserve de discussion préalable et du consentement du patient, une mesure plus proportionnée.

- **La contradiction avec les dispositions du code pénal peut-elle être soulignée afin d'éviter que l'accès au dossier du patient ne soit accordé trop rapidement en raison d'une "urgence" ?**
- **Les dispositions de la législation RGPD peuvent-elles être invoquées pour faire valoir que l'accès complet au dossier est proportionnellement disproportionné, et qu'il n'a pas été démontré que cela répond à l'objectif visé de sécurité en cas d'urgence ?**

LES DISPOSITIONS DE FOND SUR LE DOSSIER ÉLECTRONIQUE DU PATIENT

1. Données personnelles ordinaires et données personnelles sensibles

Un certain nombre de données qui sont énumérées dans les exigences relatives au dossier, dans la Loi de qualité, entrent dans la catégorie des "données personnelles ordinaires" : identité, numéro rsz, nom, sexe, date de naissance, numéro de téléphone.

Cependant, les données relatives à un processus psychologique font partie des données particulières, notamment lorsqu'il s'agit de données sur la race, la religion ou la santé. Là aussi, le RGPD mentionne l'importance du consentement explicite de la personne concernée, et l'obligation que le stockage de ces données soit nécessaire à l'exécution de certaines obligations, en l'occurrence un soin de qualité.

Les données qui sont discutées dans un processus psychologique - raison du contact, problèmes à l'enregistrement, historique des plaintes - sont des données qui appartiennent à l'identité du patient, à ses croyances personnelles, à sa situation relationnelle. L'enregistrement de ces données dans un dossier patient (comme l'exige la Loi de qualité), qui

⁶⁸ *"De noodtoestand is vervolgens een belangrijk juridisch begrip voor de toepassing van het beroepsgeheim. In tegenstelling tot andere uitzonderingen is dit element niet in de wet aanwezig, maar vloeit het voort uit de interpretaties van de doctrine en rechtspraak. Er is sprake van een « noodtoestand » als een beroepsbeoefenaar tussen twee waarden dient te kiezen waaraan hij gehouden is : het beroepsgeheim respecteren of ervoor kiezen om iemand te beschermen tegen een gevaar dat belangrijker wordt geacht."*
https://www.liguedh.be/wp-content/uploads/2016/03/ldh_secret%20professionnel_nl.pdf

peut être partagé - parfois sans notification préalable - même si c'est par nécessité, constitue une atteinte majeure à la vie privée et doit donc être effectué avec une grande prudence. L'avis de l'Autorité de protection des données souligne que le traitement à grande échelle des données personnelles les plus sensibles et intimes de patients vulnérables est disproportionné et injustifié, alors qu'il s'agit de faciliter la coordination entre différents prestataires de soins de santé.⁶⁹ Les données personnelles doivent être limitées à ce qui est nécessaire à cette fin. Il est souligné que l'information, telle qu'elle est prévue par la loi sur la qualité, permet en revanche d'avoir un aperçu complet des aspects les plus intimes de la vie des patients (les plus vulnérables).

Nous soulignons ci-dessous certaines des informations que la loi exige d'inclure dans le dossier.

a) Diagnostic

Les soins de santé mentale sont encore principalement basés sur les diagnostics du DSM, dont la validité, la fiabilité ou la capacité prédictive sont régulièrement remises en question.⁷⁰ Dans ce contexte, le Conseil supérieur de la santé mentale a implicitement confirmé la différence paradigmatique entre les soins de santé somatiques et les soins de santé mentale. L'importance du lien avec le réseau social et le contexte de vie a été soulignée, après un examen approfondi. En conclusion, l'utilité du diagnostic, parfois accompagné d'un pronostic et donc aussi d'une destination de vie, a été reconsidérée, avec le conseil de ne pas faire d'affirmations essentialistes lorsqu'on parle du diagnostic : " *quelqu'un a ceci* ", et de faire preuve de parcimonie dans l'utilisation des diagnostics.

" En d'autres termes, la description initialement exacte d'un problème mental peut être invalidée par la suite si la personne change en réaction à la description dont elle est l'objet. (...) Une objection épistémologique très différente de la précédente se pose donc : dans quelle mesure la connaissance d'un diagnostic basé sur les catégories du DSM ou de la CIM est-elle stigmatisante (Haslam, 2011 ; Kvaale & Haslam, 2016) ou, au contraire, aide-t-elle l'individu à affronter ou à se remettre de ses problèmes. "

- Un diagnostic a donc des effets, parfois néfastes et risqués. Un patient peut s'identifier à un diagnostic ; un diagnostic peut même légitimer un comportement agressif ou suicidaire. Il est donc recommandé de faire preuve de prudence dans l'utilisation des diagnostics et de rendre possible l'aide et le soutien aux problèmes de santé mentale sans diagnostic formel. L'inclusion d'un diagnostic comme norme va à l'encontre de cet avis.
- Les professionnels de la santé ne sont pas immunisés contre les préjugés et des études démontrent que les patients avec des pathologies psychiatriques sont moins bien pris en charge au niveau des urgences somatiques que d'autres patients avec un profil « normal ».
- Le fait d'être incité à encoder un diagnostic ne va-t-il pas pousser les professionnels à en poser même quand cela n'est pas nécessaire ? Prenons l'exemple d'un patient qui se pose des questions sur sa consommation d'alcool quotidienne. Le psychologue ne serait-il pas porté à encoder à la case « diagnostic » ou « raison de consulter » le diagnostic «

⁶⁹ <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/publications/advies-nr.-122-2021.pdf>, p. 15

⁷⁰ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9360_dsm5.pdf

alcoolisme » ? Le scénario ne semble pas si improbable et les conséquences peuvent en être désastreuses pour le patient et pour la relation thérapeutique.

La littérature scientifique ⁷¹ nous montre qu'il existe toujours des biais de conception et biais d'encodage. Premièrement, le simple fait de la conception d'un outil de récolte de données (le choix des données demandées, etc...) a une influence sur celui qui encode, le processus de soins et sur la manière dont le patient va être considéré. Dans le DSM, par exemple, les diagnostics sont établis sur la base de symptômes manifestes. ⁷² D'où des catégories telles que les "troubles anxieux". C'est ignorer la dynamique sous-jacente, précisément parce qu'il s'agit d'une question très complexe. En médecine somatique, les maladies sont regroupées sur la base des causes systémiques sous-jacentes des symptômes, telles qu'elles ressortent de l'histoire du patient, de sa situation actuelle et de la description de la gravité et de l'intensité de l'expérience. On n'y trouve pas de diagnostics regroupés sous les rubriques "troubles de la fièvre" ou "éruptions cutanées".

On sait aussi que la subjectivité du thérapeute va influencer le contenu du dossier. Par exemple, tous les psychologues ne vont pas donner le même diagnostic au même patient. Ce n'est pas un problème quand le diagnostic est une hypothèse de travail pour le thérapeute. Cela s'avère par contre beaucoup plus problématique quand le diagnostic devient une donnée numérisée, potentiellement partagée et pire, utilisée par un autre professionnel pour évaluer sa situation.

Le fait même que le professionnel ne puisse pas évaluer si les données qu'il enregistre devront être partagées avec un autre professionnel à un moment donné influencera ce qu'il écrit. En effet, doit-il anticiper la possibilité d'une interprétation par d'autres professionnels qu'il ne connaît pas, sur la base de données qui remontent à l'intimité psychologique du patient ?

Au vu du nombre de biais possibles, de la spécificité des données liées au psychisme, nous nous posons des questions sur la qualité même des données récoltées, et donc sur la valeur-ajoutée du DPI pour la qualité des soins en santé mentale ainsi que sur l'amélioration du partage des informations entre professionnels.

Peut-on préciser juridiquement qu'un diagnostic de santé mentale ne peut être suffisamment objectivé pour être inclus comme norme, d'autant que l'inclusion d'un diagnostic n'est pas sans effets sur la personne ?

b) Motif de la consultation

Dans le domaine de la santé mentale, lorsque les patients parlent des raisons pour lesquelles ils se présentent, il s'agit souvent de confier des données sensibles et subjectives au professionnel. Lorsque cette raison est explicitement énoncée, elle peut être choquante pour le patient qui consulte son propre dossier, ainsi que pour un professionnel non impliqué ou non familier avec les soins de santé mentale.

⁷¹

https://www.researchgate.net/publication/229579646_Quantitative_science_and_the_definition_of_measurement_in_Psychology

⁷² <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07351690.2021.1983395>

c) L'histoire personnelle et familiale, l'évolution du trouble

Dans le cadre des soins de santé somatiques, les données relatives aux antécédents familiaux sont à nouveau des données objectives, des données qui peuvent être indiquées par les résultats sanguins, l'imagerie médicale, etc. Lorsqu'il s'agit d'antécédents au sens psychologique du terme, c'est une autre histoire. Souvent, il existe peu de sources objectives sur ce qui a précédé une situation particulière, et il faut se fier à ce que le patient ou son entourage en dit. De nombreuses études montrent que la mémoire est une source très peu fiable pour se faire une idée précise du passé. Un récit personnel sur le passé est nécessairement coloré par l'expérience que l'on en fait. C'est précisément cette expérience qui est importante dans la thérapie. Il en va tout autrement lorsqu'un conseiller commence à objectiver une telle histoire dans un rapport.

De plus, lorsqu'une information continue d'être mentionnée dans un dossier électronique et qu'elle est incluse comme élément de l'historique du cas, le patient risque d'être "gelé", en quelque sorte, dans une image qui peut être devenue non pertinente entre-temps. Pour certaines affections somatiques, on parle en revanche de "droit à l'oubli". Entre-temps, dans certaines affections somatiques, l'expression "droit à l'oubli" est utilisée, et une période de conservation de 10 ans est appliquée car il a été démontré que la mention de l'histoire passée a des effets négatifs dans le contexte social. De tels effets indésirables se produisent également dans le domaine des soins de santé mentale. Est-il alors évident que ces données doivent être conservées pendant 30 ans ?

Les informations que les patients nous donnent sur des tiers sont tout aussi nécessaires que les informations sur la façon dont un patient a lui-même vécu, entendu, expérimenté et ne peuvent donc pas être traitées comme des informations objectives. C'est une sécurité en thérapie de savoir que cela n'est pas nécessairement considéré comme une information objective, qu'un certain point de vue peut être exploré avec le thérapeute. Les progrès thérapeutiques sont souvent obtenus lorsque les patients parviennent à voir les choses différemment.

Les données relatives à l'histoire familiale sont également soumises à des règles de confidentialité. Les tiers dont il est question ici ne sont pas conscients que des informations sur leur situation, leur passé, leurs expériences sont discutées. En ce sens, il est contraire à la législation GDPR que de telles questions soient notées dans un dossier.

De plus, lorsqu'il n'y a pas eu de rencontre avec la famille, où une description telle que vécue par le patient est parfois complétée, corrigée ou modifiée, cela reste une information très sensible et à coloration subjective.

Lorsque de telles informations sont stockées dans un dossier électronique, elles risquent de devenir un point de vue prétendument objectif, ce qui crée un point de vue qui a beaucoup moins de chances d'être changé par la suite. Cela doit être traité avec beaucoup de précautions.

d) Rapports de concertation

Dans le domaine des soins de santé mentale, il est important, surtout lorsqu'il s'agit de consultations multidisciplinaires, même si celles-ci ont lieu en présence du patient, de savoir que participent souvent à ces consultations d'autres personnes qui ne sont pas soumises aux mêmes règles que les soignants : famille, collègues et proches, confidents. Les traces écrites

de ces consultations, surtout si elles sont numérisées, sont des dossiers qui peuvent être partagés par courrier électronique et ne sont donc pas protégées en termes de confidentialité, ce qui porte à nouveau atteinte à la déontologie.

→ **Avons-nous des arguments juridiques et scientifiques pour justifier la limitation des informations contenues dans un dossier électronique à ce qui peut être objectivé ?**

CONCLUSION

Nous nous référons à l'article 3 de la loi sur la qualité ⁷³:

Art. 3. § 1er La présente loi est applicable aux professionnels des soins de santé dans le cadre de la prestation de soins de santé. § 2. Le Roi peut définir des modalités plus précises en matière d'application de la loi à des professionnels des soins de santé et à des prestations de soins de santé qu'il détermine afin de tenir compte de la nécessité d'une protection spécifique du patient.

Nous avons suffisamment démontré la spécificité des données dans les soins de santé mentale, certes précaires et difficilement objectivables. L'article 3 précité nous semble éminemment applicable aux exigences du DPI dans notre secteur.

C'est pourquoi nous avons les questions, conclusions et remarques suivantes :

Compte tenu des remarques ci-dessus, le dossier électronique du patient est-il par défaut une valeur ajoutée et un garantie de qualité pour ces personnes ? Les effets secondaires néfastes de la numérisation et de l'objectivation sont-ils suffisamment pris en compte ?

Maintenant que l'obligation du DPI est entrée en vigueur,

1. compte tenu du fait que de nombreux clients viennent nous consulter pour des problèmes qui n'ont pas de répercussions sur la santé somatique (par exemple, des questions sur le sens de la vie, des problèmes relationnels, etc.)

2. compte tenu du fait qu'il s'agit de données très précaires liées à la vie intime de nos patients **Est-il encore possible d'argumenter que l'obligation du DPI ne devrait pas être appliquée par défaut aux soins de santé mentale ?**

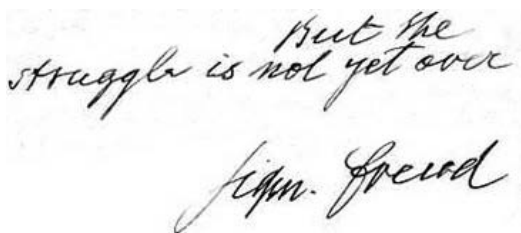
Les gens ne cherchent pas à obtenir des soins de santé mentale parce qu'ils sont malades, mais parce qu'ils souffrent, et c'est là une distinction essentielle. L'inclusion standard d'un processus psychologique ou d'une psychothérapie dans les soins de santé est donc intrinsèquement problématique. Par conséquent, quelle que soit la réponse à la question précédente, nous pensons qu'il est encore plus crucial que la personne qui sollicite des soins de santé mentale, tout comme elle peut le faire pour un DMG, puisse refuser que des informations personnelles sur les soins qu'elle reçoit soient stockées en ligne. **Ainsi, le consentement éclairé du patient reste une condition préalable à tout enregistrement numérique tant de la recherche elle-même d'une aide psychologique que du contenu des informations liées à ce processus.**

⁷³ https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2019042220&table_name=loi

Lorsque les informations sont tout de même stockées en ligne, nous préconisons de **limiter les données enregistrées aux données formellement objectivables concernant le patient lui-même** : données d'identité du patient, identification des autres prestataires de soins, aperçu chronologique des soins dispensés, orientation éventuelle vers d'autres prestataires de soins, dates de consultation d'autres prestataires de soins, etc.

Le partage de données substantielles avec d'autres professionnels de la santé reste soumis aux conditions telles que stipulées par le code déontologique du groupe professionnel concerné. Nous savons que ce code est similaire pour les psychiatres, les psychologues et les psychothérapeutes : le partage est possible, sous réserve du consentement du patient, s'il est nécessaire au traitement, uniquement avec des professionnels de la santé également soumis au secret professionnel, et dans le même but thérapeutique.

Pour les situations où le partage d'informations est nécessaire (situations dont la possibilité est établie par les codes déontologiques des différentes professions), nous préconisons de faciliter une consultation orale qui rende justice aux nuances du problème du patient.



But the
struggle is not yet over
Sigm. Freud



Ixelles, 4 mars 2021

à Monsieur Joris Lagrou, président de la Commission des Psychologues
à Madame Loes Salomez, juriste à la Commission des Psychologues

Beste Joris, beste Loes,

allereerst spijt het me dat ik u zo laat heb geantwoord : door een mysterieus voorval heb ik uw mail niet op tijd ontvangen, en hij zat ook niet in de spamfolder ...

Quelques réflexions donc pour mettre en œuvre notre avenir et repenser le cadre législatif qui organise la Commission des Psychologues. Les psychologues sont de plus en plus présents dans les auditoriums universitaires (plus de mille étudiants en première année, en 2022 à l'ULB !) et sur le marché de l'emploi — mais leur identité (pour différentes raisons à discuter ailleurs) semble très faible. Pourtant, leur rôle en ces temps d'angoisse collective (guerre, réchauffement climatique, pandémie, bouleversements culturels) est potentiellement très important. La question de l'identité et de la post-formation professionnelles semble ici plus capitale que jamais.

Une des balises principales de l'identité en construction des psychologues est sans aucun doute le code de déontologie spécifique à leurs professions. D'autant plus qu'il n'est pas sorti de rien. Il provient clairement de l'expérience professionnelle (ayant bénéficié de l'appui juridique du SPF-Classes Moyennes) de celles et ceux qui ont été mandatés pour le rédiger, tout comme il est le fruit du consensus obtenu, après de nombreuses réunions, entre toutes les associations professionnelles représentées à la Commission des Psychologues. Ce n'est donc pas le code des seuls praticiens de la psychologie clinique, même s'ils sont numériquement majoritaires.

D'autre part, les cliniciens qui sont passés sous le régime du SPF-Santé ne sont nullement reconnus dans leur spécificité. Dans la confusion entre professions de la santé (dont ils font partie depuis toujours) et professions médicales ou paramédicales, les psychologues se voient soumis à la logique administrative contraignante de l'INAMI, ainsi qu'aux impératifs d'une interdisciplinarité obligée, de même qu'aux exigences d'un dossier informatisé partagé. Or, si celui-ci est utile en techno-médecine des organes, il s'avère désastreux dans l'exercice réel et compétent de la psychologie clinique. Qui plus est, les psychologues conventionnés — traités comme des sous-médecins plutôt que comme des collègues à part entière dans le champ de la santé - ne bénéficient même pas de l'autonomie professionnelle des dentistes.

Le plus préoccupant, c'est que nombre de psychologues désorientés par des changements récents (qu'on leur présente comme une promotion merveilleuse) prennent l'habitude de travailler d'une façon totalement contraire à l'esprit et à la lettre de notre code de déontologie — tout particulièrement en matière de secret professionnel. Cette banalisation de la transgression, qui viole autant les normes de nos pratiques cliniques que le droit public de notre pays, est extrêmement grave.

Faut-il rappeler que tous ces changements (procédant d'intentions aussi bonnes que mal informées) se sont faits dans la précipitation et sans concertation, ni avec le terrain de la clinique réelle, ni avec le SPF-Classe Moyennes ? Plus radicalement, le SPF-Santé s'est précipité dans l'élaboration de lois et de règlements normatifs en matière de santé mentale sans même s'interroger sur la nature et la spécificité du champ de la santé mentale. Ceci vaut également pour la composition de l'actuel Conseil Fédéral des Professions de la Santé Mentale : une création nécessaire et bienvenue imposée par la loi Onkelinx, mais totalement détournée de sa nature et de sa finalité par la loi De Block.

De ce qui précède il ressort que, plus que jamais, les psychologues ont besoin d'une Commission des Psychologues efficace, démocratisée dans son fonctionnement et confirmée dans ses prérogatives.

Or, de facto, avec ses Conseil Disciplinaires, la Commission fonctionne déjà pratiquement comme un Ordre Professionnel. Il ne faudrait pas l'alourdir inutilement, ni rendre l'inscription trop coûteuse, mais il est capital que la Commission puisse apparaître comme l'Ordre de tous les psychologues. Cette pluralité, en effet, est essentielle pour résister au raboutage de notre identité par une para-médicalisation de fait.

Voici donc quelques suggestions concrètes pour repenser le fonctionnement de la Commission dans le cadre d'un nouvel Arrêté Ministériel :

- *La présidence devrait être bicéphale : un(e) psychologue et un(e) juriste*
- *La direction quotidienne devrait être confiée – comme de coutume - à un(e) psychologue (on ne gère bien que le terrain qu'on connaît)*
- *Un Bureau devrait être institué officiellement, en veillant à ce que toutes les associations – même minoritaires – y soient représentées (NB les premiers penseurs de la démocratie libérale et des systèmes électoraux, ont toujours estimé que la représentation proportionnelle devait être tempérée par la place faite de plein droit aux minorités)*
- *L'Assemblée Plénière devrait être élue par tou(te)s les psychologues inscrit(e)s à la Commission, après que les candidat(e)s se soient présenté(e)s (via internet), et aient fait part de leur formation, de leurs valeurs et de leurs intentions*
- *Le port du titre de psychologue, outre le diplôme, devrait être subordonné également au suivi régulier (rythme à déterminer) de séminaires d'intervision et d'activités scientifiques (formation permanente entre pairs, telle qu'elle existe déjà chez les médecins)*
- *En tant que gardiennes de la déontologie de tous les psychologues, les compétences disciplinaires de la Commission des Psychologues sont essentielles pour asseoir son autorité et sa crédibilité. À l'heure où l'une des conditions de base de la pratique psychologique – le secret professionnel – se voit gravement menacée, il est important d'étoffer le cadre psychologique et juridique des Conseils Disciplinaires. En effet, dans le contexte d'un travail qui demande clarté de vue et doigté, il semble capital de pouvoir siéger à plusieurs, de bénéficier face aux avocats d'une assistance juridique en plus de celle fournie par les greffiers, d'avoir le temps d'instruire les dossiers et la possibilité d'en prendre connaissance à temps, de pouvoir bénéficier d'un délai de réflexion avant le prononcé, de veiller à une anonymisation correctes des dossiers divulgués à des fins pédagogiques, etc. Tout ceci demande une nette augmentation des moyens, de même qu'une réflexion opérationnelle à partir de l'expérience du passé`*

- *Pour favoriser le travail des délégués et d'autres collaborateurs externes, des accords devraient être négociés - au niveau de leurs institutions respectives - pour légitimer leur absence durant les heures de travail. Les frais de déplacement devraient être remboursés, et les prestations des indépendants rémunérées par des jetons de présence*
- *Last but not least : sauf exception largement motivée, le code de déontologie des psychologues – garant de notre éthique, de nos pratiques, et de notre identité – ne devrait pas être aménagé en fonction des pratiques changeantes du terrain, ni des exigences technocratiques de l'administration. Ce sont, au contraire, celles-ci qui doivent s'adapter aux nécessités fondamentales de notre déontologie*

Met vriendelijke groeten,

Francis

ADDENDUM

Il ne faut pas oublier que *le code de déontologie des psychologues* (protégé désormais dans le cadre élargi de la loi de 1993) ne s'est pas fait en quelques mois :

- *une commission de déontologie* a fonctionné durant une dizaine d'années dans le cadre de la *Belgische Federatie voor Psychologen-Fédération Belge des Psychologues*, principalement sous la responsabilité de Pierre Nedertlandt (Psychologue en Organisation du Travail) et du professeur Jean Florence (UCL, Psychologue APPPsy). Cette commission, travaillant autour de la création d'une «*charte*» déontologique, a jeté les bases du code actuel
- de plus, à *la demande de la Fédération Européenne des Associations de Psychologues* (EFPA), le code belge – après avoir été comparé aux codes des autres associations fédérées – s'est aligné sur les quatre principes du méta-code européen, lui-même inspiré par *la Convention des Droits Humains*. D'où l'insistance, par exemple, sur la notion de «*dignité*»
- enfin, *un groupe de travail*, issu des quatre secteurs de la psychologie et éclairé par deux juristes (Thierry Moreau et Alexander Allaert), a travaillé durant quatre ans, dans le cadre de la *Commission des Psychologues*, pour reconnaître finalement **la transversalité du secret professionnel** — c'est-à-dire sa pertinence et sa normativité au sein des différentes orientations de la psychologie.

Il ne s'agit pas vraiment, autrement dit, d'un timing précipité, ni d'un travail d'amateur.

Francis Martens

*président de l'Association des Psychologues Praticiens
d'Orientation Psychanalytique, APPPsy*





Pulsion sexuelle de vie, liaison (Jean Laplanche)